



ISBN : 978-602-5982-92-7

BUKU AJAR **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA** **PADA PASIEN HALUSINASI**

Satrio Kusumo Lelono
Sri Redjeki
Tisna Yanti
Nining Fitrianingsih
Fajar Adhie Sulistyo
Rani Devayanti

PENERBIT STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR



Buku Ajar

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN HALUSINASI

Oleh:

Satrio Kusumo Lelono

Sri Redjeki

Tisna Yanti

Nining Fitrianingsih

Fajar Adhie Sulistyo

Rani Devayanti

Penerbit : STIKes Wijaya Husada Bogor

Bahan Ajar Asuhan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Halusinasi

Penulis : Satrio Kusumo Lelono
Sri Redjeki
Tisna Yanti
Nining Fitrianingsih
Fajar Adhie Sulistyo
Rani Devayanti

ISBN : 978-602-5982-92-7
Editor : Normalisari, S.Kom
Penyunting : Ns. Nining Fitrianingsih, S.Kep., M.Kes
Penerbit : STIKes Wijaya Husada Bogor
Redaksi : Jl. Letjend Ibrahim Adjie No. 180, Sindang Barang, Bogor
Telp. (0251) 8327396
Email : wijayahusada@gmail.com

Cetakan Pertama, 2023

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Rasa syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih dan berkat karunia-Nya sehingga buku ini dapat diselesaikan.

Penyusunan buku ajar ini merupakan salah satu upaya STIKES Wijaya Husada Bogor dalam meningkatkan kualitas proses pembelajaran sehingga lebih baik, sehingga mudah dipahami untuk melengkapi materi yang berkaitan dengan Keperawatan Jiwa Pada Pasien Halusinasi.

Dalam penyusunan buku ini, kami banyak dibantu oleh teman seprofesi baik dalam lingkungan kampus STIKES Wijaya Husada Bogor maupun dari pihak luar. Buku ajar ini sudah direview oleh kelompok dosen sesuai rumpun ilmu. Kami mengucapkan terima kasih kepada Ketua STIKES Wijaya Husada Bogor beserta seluruh karyawan dan staf dosen yang telah memberikan dukungan sehingga buku ini dapat tersusun.

Buku ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu saran yang membangun sangat kami harapkan guna perbaikan buku ini.

Akhir kata, berbagai saran dan kritik yang membangun akan selalu penulis harapkan.

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Sampul	i
Tentang Penulis	ii
Kata Pengantar	iii
Daftar Isi	iv
BAB 1 Perspektif Kesehatan Jiwa	1
BAB 2 Kesehatan Keperawatan Jiwa	12
BAB 3 Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ)	17
BAB 4 Asuhan Keperawatan Jiwa	22
BAB 5 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Perubahan Persepsi Sensori	63
BAB 6 Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Defisit Perawatan Diri	72
DAFTAR PUSTAKA	81

BAB 1

PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menjelaskan perspektif keperawatan jiwa

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut :

1. Menjelaskan pengertian falsafah, falsafah keperawatan, falsafah keperawatan jiwa
2. Menjelaskan tujuan perspektif keperawatan jiwa
3. Menyebutkan model – model keperawatan jiwa
4. Model stress adaptasi keperawatan jiwa

PENGERTIAN

Falsafah adalah pengetahuan dan penyelidikan dengan akal budi mengenai sebab-sebab, azas-azas, hukum, dan sebagainya daripada segala yang ada dalam alam semesta ataupun mengenai kebenaran dan arti adanya sesuatu (Poerwadarminta). Sedangkan falsafah keperawatan merupakan pandangan dasar tentang hakekat manusia dan esensi keperawatan yang menjadi kerangka dasar dalam praktek keperawatan. Falsafah keperawatan jiwa adalah individu memiliki harkat dan martabat sehingga masing-masing individu perlu dihargai. Tujuan individu meliputi : tumbuh, sehat, otonomi dan aktualisasi diri.

Beberapa keyakinan mendasar dalam keperawatan jiwa meliputi hal – hal sebagai berikut : (Depkes RI, 1998).

1. Individu memiliki harkat dan martabat sehingga setiap individu perlu dihargai.
2. Tujuan individu meliputi tumbuh, sehat, otonomi, dan aktualisasi diri.
3. Setiap individu mempunyai potensi untuk berubah.
4. Manusia adalah makhluk holistik yang berinteraksi dan bereaksi dengan lingkungan sebagai manusia yang utuh.
5. Setiap orang memiliki kebutuhan dasar yang sama.
6. Semua perilaku individu adalah bermakna.
7. Perilaku individu meliputi persepsi, pikiran, perasaan, dan tindakan.
8. Individu memiliki kapasitas koping yang bervariasi, yang dipengaruhi oleh kondisigenetik, lingkungan, kondisi stres, dan sumber yang tersedia.
9. Sakit dapat menumbuhkan dan mengembangkan psikologis bagi individu.
10. Setiap orang mempunyai hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang sama.
11. Kesehatan mental adalah komponen kritis dan penting dari pelayanan kesehatan yang komprehensif.
12. Individu mempunyai hak untuk berpartisipasi dalam pembuatan keputusan untuk kesehatan fisik dan mentalnya.
13. Tujuan keperawatan adalah meningkatkan kesejahteraan, memaksimalkan fungsi (meminimalkan kecacatan/ketidakmampuan), dan meningkatkan aktualisasi diri.
14. Hubungan interpersonal dapat menghasilkan perubahan dan pertumbuhan pada individu.

TUJUAN PERSPEKTIF KEPERAWATAN JIWA

1. Mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan.
2. Keperawatan menganut pandangan holistik terhadap manusia yaitu kebutuhan manusia bio-psiko-sosial-spiritual.
3. Kegiatan keperawatan dilakukan dengan pendekatan humanistik, dalam arti menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi perhatian kepada klien serta, menjunjung tinggi keadilan bagi sesama manusia

MODEL-MODEL KEPERAWATAN JIWA

Model adalah suatu cara untuk mengorganisasikan pengetahuan yang kompleks, membantu praktisi, serta memberi arah dan dasar dalam menentukan bantuan yang diperlukan. Model praktik keperawatan jiwa mencerminkan sudut pandang dalam mempelajari penyimpangan perilaku dan proses terapeutik dikembangkan. Model praktik dalam keperawatan kesehatan jiwa ini menggambarkan sebuah psikodinamika terjadinya gangguan jiwa.

Psikodinamika terjadinya gangguan jiwa menggambarkan serangkaian peristiwa, sehingga gangguan jiwa terjadi. Oleh karenanya, diperlukan pengkajian mendalam terhadap berbagai faktor penyebab gangguan jiwa, tanda dan gejala, serta urutan kejadian peristiwa.

Model praktik yang dikembangkan dalam keperawatan jiwa antara lain model psikoanalisis, model interpersonal, model sosial, eksistensial, suportif, komunikasi, perilaku, model medik, dan yang paling sering digunakan dalam keperawatan jiwa adalah model stres adaptasi. (Yusuf, 2015)

Tabel 1.1 Model Praktik Keperawatan Jiwa

Model	Pandangan Terhadap Penyimpangan Perilaku	Proses Terapeutik	Peran Terapis dan Pasien
Psikoanalitik (S. Frued, Erikson, Klein, Horney, Fromm-Reichmann, Menninger)	Perilaku didasarkan pada perkembangan dini dan resolusi konflik yang tidak adekuat.	Psikoanalisis menggunakan teknik asosiasi bebas dan analisis mimpi. Hal ini menginterpretasi perilaku,	Pasien mengungkapkan semua pikiran dan mimpi serta pertimbangan interpretasi terapis.
	Pertahanan ego tidak adekuat untuk mengontrol ansietas.	menggunakan transferen untuk memperbaiki pengalaman masa lalu, dan	Terapis tetap mengupayakan perkembangan transferen, serta menginterpretasikan pikiran dan mimpi pasien dalam kaitannya dengan konflik, transferen, dan resistensi.
	Gejala merupakan upaya untuk mengatasi ansietas dan berkaitan dengan konflik yang tidak terselesaikan	mengidentifikasi area masalah melalui interpretasi resistensi pasien.	
Interpersonal (Sullivan, Peplau)	Ansietas timbul dan dialami secara interpersonal.	Hubungan antara terapis dan pasien membangun perasaan aman.	Pasien menceritakan ansietas dan perasaannya pada terapis.
	Rasa takut yang mendasar adalah takut terhadap penolakan.	Terapis membantu pasien mengalami hubungan yang penuh rasa percaya	Terapis menjalin hubungan akrab dengan pasien, menggunakan empati untuk

	Seorang membutuhkan rasa aman dan kepuasan yang diperoleh melalui hubungan interpersonal yang positif.	dan mencapai kepuasan interpersonal.	merasakan perasaan pasien, dan menggunakan hubungan sebagai suatu pengalaman interpersonal korektif.
Sosial (Szasz, Caplan)	Faktor sosial dan lingkungan menciptakan stres, yang menyebabkan ansietas, serta mengakibatkan timbulnya gejala. Perilaku yang tidak dapat diterima (menyimpang) diartikan secara sosial dan memenuhi kebutuhan sistem sosial	Pasien kemudian dibantu untuk mengembangkan hubungan akrab di luar situasi terapi. Pasien dibantu untuk mengatasi sistem sosial. Mungkin digunakan intervensi krisis. Manipulasi lingkungan dan menunjukkan dukungan sosial juga diterapkan. Dukungan kelompok sebaya dianjurkan.	Pasien secara aktif menyampaikan masalahnya kepada terapis dan bekerja sama dengan terapis untuk menyelesaikan masalahnya. Menggunakan sumber yang ada di masyarakat. Terapis menggali sistem sosial pasien dan membantu pasien menggunakan sumber yang tersedia atau menciptakan sumber baru.
Eksistensial (Perls, Glesser, Ellis, Rogers, Frankl)	Hidup ini akan sangat berarti apabila seseorang dapat mengalami dan menerima diri (<i>self acceptance</i>) sepenuhnya. Penyimpangan perilaku terjadi jika individu gagal dalam upayanya untuk menemukan dan menerima diri. Menjadi diri sendiri bisa dialami melalui hubungan murni dengan orang lain.	Individu dibantu untuk mengalami kemurnian hubungan. Terapi sering dilakukan dalam kelompok. Pasien dianjurkan untuk menggali dan menerima diri dan dibantu untuk mengendalikan perilakunya.	Pasien bertanggung jawab terhadap perilakunya dan berperan serta dalam suatu pengalaman yang berarti untuk mempelajari tentang diri yang sebenarnya. Terapis membantu pasien untuk mengenal nilai diri. Terapis mengklarifikasi realitas dari suatu situasi dan

mengenalkan pasien tentang perasaan tulus dan memperluas kesadaran dirinya

Pasien secara aktif terlibat dalam pengobatan.

Terapis menjalin hubungan yang hangat dan penuh empati dengan pasien

Perilaku
(Bandura,
Pavlov, Wolpe,
Skinner)

Perilaku dipelajari.

Peyimpangan terjadi karena manusia telah membentuk kebiasaan perilaku yang tidak diinginkan.

Oleh karena perilaku dapat dipelajari, maka perilaku juga dapat tidak dipelajari.

Perilaku menyimpang terjadi berulang karena berguna untuk mengurangi ansietas. Jika demikian, perilaku lain yang dapat mengurangi ansietas dapat dipakai sebagai pengganti

Terapi merupakan proses pendidikan.

Penyimpanan perilaku tidak dihargai; perilaku yang produktif dikuatkan.

Terapi relaksasi dan latihan keasertifan merupakan pendekatan perilaku.

Pasien mempraktikkan teknik perilaku yang digunakan, mengerjakan pekerjaan rumah, dan penggalakan latihan. Pasien membantu mengembangkan hierarki perilaku.

Terapis mengajar pasien tentang pendekatan perilaku, membantu mengembangkan hierarki perilaku dan menguatkan perilaku yang diinginkan.

MODEL STRES ADAPTASI DALAM KEPERAWATAN JIWA

Model ini pertama kali dikembangkan oleh Gail Stuart pada tahun 1983. Menurut Stuart, stress adaptasi memberikan asumsi bahwa lingkungan secara alami memberikan berbagai strata sosial, dimana perawat psikiatri disediakan melalui proses keperawatan dalam biologis, psikologis, sosiokultural dan konteks legal etis, bahwa sehat/sakit, adaptif/maladaptif sebagai konsep yang jelas, tingkat pencegahan primer, sekunder, tersier termasuk di dalamnya empat tingkatan dalam penatalaksanaan psikiatrik meliputi peningkatan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, akut, dan krisis (Kusumawati, 2011). Model konsep Stuart mengkaji pasien dari beberapa aspek yang meliputi faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stress/ respon terhadap stress, mengkaji kemampuan yang dimiliki dari beberapa aspek, melihat upaya-upaya yang telah dilakukan sampai dengan menentukan pendekatan medis dan pendekatan keperawatan untuk menyelesaikan masalah pasien. Model stress adaptasi stuart memandang perilaku manusia dalam perspektif yang holistik terdiri dari biologis, psikologis, sosiokultural dan aspek-aspek tersebut saling berintegrasi dalam perawatan. Komponen biopsikososial dari model tersebut termasuk dalam faktor predisposisi, presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber koping dan mekanisme koping (Stuart, 2009).

Latihan Soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan caramenyilang (A/B/C/D/E) !

1. Individu memiliki harkat dan martabat sehingga masing-masing individu perlu dihargaidisebut.....
 - a. Falsafah
 - b. Falsafah praktik
 - c. Falsafah orientasi
 - d. Falsafah keperawatan
 - e. Falsafah keperawatan jiwa
2. Sigmund Freud meyakini bahwa perilaku didasarkan pada perkembangan dini dan resolusi konflik yang tidak adekuat. Dimana pertahanan ego tidak adekuat untuk mengontrol ansietas. Termasuk model....
 - a. Psikoanalitik
 - b. Interpersonal
 - c. Komunikasi
 - d. Eksistensi
 - e. Keperawatan
3. Pola komunikasi dianalisis dan umpan balik diberikan untuk mengklarifikasi area masalahadalah model komunikasi dalam hal :.....
 - a. Proses terapeutik
 - b. Peran pasien
 - c. Konsep model
 - d. Peran terapis
 - e. Komunikasi efektif
4. mempraktikkan teknik perilaku yang digunakan, mengerjakan pekerjaan rumah, danpenggalakan latihan. Termasuk peran.....
 - a. Peran masyarakat
 - b. Peran pasien
 - c. Peran tenaga kesehatan
 - d. Peran terapis
 - e. Peran keluarga
5. Model stress dan adaptasi pertama kali dikembangkan karena fakta menunjukkan bahwa banyak pasien mengalami gangguan jiwa karena kegagalan beradaptasi. Dikembangkan oleh seorang ilmuwan yang bernama...
 - a. Adolph Meyer
 - b. Clifford Beers
 - c. Sigmund Freud
 - d. Jung & Sullivan
 - e. Gail Stuart

BAB 2

KESEHATAN KEPERAWATAN Jiwa

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menjelaskan kesehatan keperawatan jiwa.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut :

1. Menjelaskan pengertian kesehatan, kesehatan jiwa.
2. Menyebutkan kriteria sehat jiwa.
3. Menjelaskan pengertian keperawatan jiwa.
4. Menjelaskan aktivitas perawat jiwa.
5. Menyebutkan elemen keperawatan jiwa.
6. Menyebutkan peran perawat jiwa.

PENGERTIAN KESEHATAN Jiwa

Sehat adalah dalam keadaan bugar dan nyaman seluruh tubuh dan bagian-bagiannya. Bugar dan nyaman adalah relatif, karena bersifat subjektif sesuai orang yang mendefinisikan dan merasakan.

Kesehatan adalah keadaan sejahtera secara tubuh, jiwa, & sosial dan tidak hanya sekedar keadaan bebas dari cacat & kelemahan” (UU No 23 Tahun 1992)

Kesehatan jiwa adalah kondisi seseorang dalam keadaan sehat secara kognitif, afektif, fisiologis, perilaku dan sosial sehingga mampu memenuhi tanggung jawab, berfungsi secara efektif di lingkungannya dan puas dengan perannya sebagai individu maupun dalam berhubungan secara interpersonal (Videback, 2010; Stuart, Keliat, & Pasaribu, 2016)

Kesehatan jiwa menurut UU Kesehatan Jiwa No.18/th 2014 adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. (Kemenkes, 2014)

KRITERIA SEHAT Jiwa

Karl Menninger mendefinisikan orang yang sehat jiwanya adalah orang yang mempunyai kemampuan untuk menyesuaikan diri pada lingkungan, serta berintegrasi dan berinteraksi dengan baik, tepat, dan bahagia. Menurut Michael Kirk Patrick mendefinisikan orang yang sehat jiwa adalah orang yang bebas dari gejala gangguan psikis, serta dapat berfungsi optimal sesuai apa yang ada padanya. Sedangkan Clausen mengatakan bahwa orang yang sehat jiwa adalah orang yang dapat mencegah gangguan mental akibat berbagai stressor, serta dipengaruhi oleh besar kecilnya stressor, intensitas, makna, budaya, kepercayaan, agama, dan sebagainya.

World Health Organization (WHO) pada tahun 2008 menjelaskan kriteria orang yang sehatjiwanya adalah orang yang dapat melakukan hal berikut.

1. Menyesuaikan diri secara konstruktif pada kenyataan, meskipun kenyataan itu buruk.
2. Merasa bebas secara relatif dari ketegangan dan kecemasan.
3. Memperoleh kepuasan dari usahanya atau perjuangan hidupnya.
4. Merasa lebih puas untuk memberi daripada menerima.
5. Berhubungan dengan orang lain secara tolong-menolong dan saling memuaskan.
6. Mempunyai daya kasih sayang yang besar.
7. Menerima kekecewaan untuk digunakan sebagai pelajaran di kemudian hari.
8. Mengarahkan rasa permusuhan pada penyelesaian yang kreatif dan konstruktif.

Orang yang sehat jiwanya adalah orang yang sebagai berikut.

1. Melihat setiap hari adalah baik, tidak ada satu alasan sehingga pekerjaan harus ditunda, karena setiap hari adalah baik.
2. Hari besok adalah hari yang baik.
3. Tahu apa yang diketahui dan tahu apa yang tidak diketahui.
4. Bisa menyesuaikan diri dengan lingkungan dan membuat lingkungan menjadi lebih baik.
5. Selalu dapat mengembangkan usahanya.
6. Selalu puas dengan hasil karyanya.
7. Dapat memperbaiki dirinya dan tidak menganggap dirinya selalu benar.

Sakit jiwa merupakan gangguan pada otak yang dicerminkan dalam gangguan pikiran, perasaan dan perilaku (perilaku memberontak, kreatif, berkeyakinan, berkepercayaan yang ekstrim; tidak sesuai norma budaya dan agama yang dianut masyarakat umum)

Rentang Sehat Jiwa

1. Dinamis bukan titik statis
2. Rentang dimulai dari sehat optimal sampai meninggal
3. Terdapat beberapa tahap
4. Terdapat perbedaan antara tiap individu
5. Menggambarkan kemampuan adaptasi
6. Berfungsi secara efektif : sehat



Gambar 3.1 Rentang sehat Sakit (Yosep, 2000)

KEPERAWATAN JIWA

Jiwa adalah unsur manusia yang bersifat nonmateri, tetapi fungsi dan manifestasinya sangat terkait pada materi. Manifestasi jiwa antara lain tampak pada kesadaran, afek, emosi, psikomotor, proses berpikir, persepsi, dan sifat kepribadian. Kesadaran dalam hal ini lebih bersifat kualitatif, diukur dengan memperhatikan perbedaan stimulus (*stressor*) dan respons (perilaku yang ditampilkan), serta tidak diukur dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS).

PENGERTIAN KEPERAWATAN JIWA

American Nurses Association (ANA) mendefinisikan keperawatan jiwa adalah suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiatnya (Stuart, 2007). Fokusnya adalah penggunaan diri sendiri secara terapeutik, artinya perawat jiwa membutuhkan alat atau media untuk melakukan perawatan. Alat yang digunakan selain ketrampilan teknik dan alat-alat klinik yang terpenting adalah menggunakan dirinya sendiri (*use self therapeutic*). Sebagai contoh : gerak tubuh, mimik wajah, bahasa, tatapan mata, pendengaran, sentuhan, nada suara dan sebagainya. Sedangkan menurut *World Health Organization* (WHO) Kesehatan jiwa bukan hanya suatu keadaan tidak gangguan jiwa, melainkan mengandung berbagai karakteristik antara lain : perawatan langsung, komunikasi dan manajemen, bersifat positif yang menggambarkan keselarasan dan keseimbangan kejiwaan yang mencerminkan kepribadian yang bersangkutan.

AKTIVITAS PERAWAT JIWA

Perawat jiwa melakukan aktivitas pada 3 area utama :

1. Aktivitas memberikan asuhan keperawatan langsung pada klien
2. Aktivitas komunikasi
3. Aktivitas dalam pengelolaan (manajemen keperawatan)

ELEMEN KEPERAWATAN JIWA

1. Kompetensi klinik.
2. Advokasi klien-keluarga.
3. Tanggung jawab fiskal.
4. Kerjasama antar disiplin ilmu dalam perawatan dan pengobatan klien.
5. Tanggung gugat sosial.
6. Parameter etik-legal.

PERAN PERAWAT JIWA DALAM TINGKAT PELAYANAN KESEHATAN JIWA

Perawat sebagai tenaga profesional turut memiliki tanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai kompetensi dan kewenangan yang dimiliki secara mandiri maupun bekerjasama dengan anggota kesehatan lainnya (Depkes RI, 2006). Profesi keperawatan merupakan bagian integral dari system pelayanan kesehatan dan menjadi kunci utama dalam keberhasilan pelayanan kesehatan (Sumijatun, 2010). Adapun peran perawat adalah sebagai berikut :

1. Peran dalam prevensi primer
 - a. Memberikan penyuluhan tentang prinsip-prinsip sehat jiwa.
 - b. Mengefektifkan perubahan dalam kondisi kehidupan, tingkat kemiskinan, dan pendidikan.
 - c. Memberikan pendidikan kesehatan.
 - d. Melakukan rujukan yang sesuai dengan sebelum gangguan jiwa terjadi.
 - e. Membantu klien di RSU untuk menghindari masalah psikiatri dimasa mendatang.
 - f. Bersama-sama keluarga memberi dukungan pada anggota keluarga dan meningkatkan fungsi kelompok.
 - g. Aktif dalam kegiatan masyarakat dan politik yang berkaitan dengan kesehatan jiwa.

2. Peran dalam prevensi sekunder
 - a. Melakukan skrining dan pelayanan evaluasi kesehatan jiwa.
 - b. Melaksanakan kunjungan rumah atau pelayanan penanganan di rumah.
 - c. Memberikan pelayanan kedaruratan psikiatri di RSUD.
 - d. Menciptakan lingkungan yang terapeutik.
 - e. Melakukan supervisi klien yang mendapatkan pengobatan.
 - f. Memberikan pelayanan pencegahan bunuh diri.
 - g. Memberikan konsultasi.
 - h. Melaksanakan intervensi krisis.
 - i. Memberikan psikoterapi individu, keluarga dan kelompok pada berbagai tingkatan.
 - j. Memberikan intervensi pada komunitas dan organisasi yang telah teridentifikasi masalah yang dialaminya.
3. Peran dalam prevensi tersier
 - a. Melaksanakan latihan vokasional dan rehabilitasi.
 - b. Mengorganisasi "after care" untuk klien yang telah pulang dari fasilitas kesehatan jiwa untuk memudahkan transisi dari rumah sakit ke komunitas.
 - c. Memberikan pilihan "partial hospitalization" (perawatan rawat jalan) pada klien.

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Kriteria sehat jiwa antara lain :

a. Sehat fisik	d. Perkembangan dengan orang lain baik
b. Ruang gerak bebas	e. Pemegang kebijakan akan perlunya edukasi
c. Berpikiran positif pada diri sendiri	
2. Suatu bidang spesialisasi praktik keperawatan yang menerapkan teori perilaku manusia sebagai ilmunya dan penggunaan diri secara terapeutik sebagai kiatnya. Definisi keperawatan jiwa menurut....

a. Peplau	d. <i>World Health Organization (WHO)</i>
b. Yahoda	e. <i>American Nurses Association (ANA)</i>
c. Clinton	
3. Elemen keperawatan jiwa antara lain:

a. Parameter etik-legal	d. Aktivitas dalam pengelolaan (manajemen keperawatan)
b. Aktivitas komunikasi	e. Aktivitas memberikan asuhan keperawatan langsung pada klien
c. Menciptakan lingkungan yang terapeutik	
4. Peran perawat jiwa dalam prevensi primer adalah....

a. Melakukan skrining	d. Melaksanakan kunjungan rumah
b. Memberikan konsultasi	e. Melaksanakan latihan vokasional dan rehabilitasi

- c. Memberikan penyuluhan
- 5. Peran perawat jiwa dalam prevensi tersier adalah.....
 - a. Melakukan skrining
 - b. Memberikan konsultasi
 - c. Memberikan penyuluhan
 - d. Melaksanakan kunjungan rumah
 - e. Melaksanakan latihan vokasional dan rehabilitasi

BAB 3

PEDOMAN PENGGOLONGAN DAN DIAGNOSIS GANGGUAN JIWA (PPDGJ)

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menjelaskan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ)

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut :

1. Menjelaskan pengertian gangguan jiwa
2. Menjelaskan sumber penyebab gangguan jiwa
3. Menjelaskan dasar penggolongan gangguan jiwa
4. Menjelaskan klasifikasi gangguan jiwa
5. Penggolongan gangguan jiwa secara umum

PENGERTIAN

Gangguan jiwa menurut PPDGJ III adalah sindrom pola perilaku seseorang yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (*distress*) atau hendaya (*impairment*) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia, yaitu fungsi psikologik, perilaku, biologik, dan gangguan itu tidak hanya terletak di dalam hubungan antara orang itu tetapi juga dengan masyarakat (Maslim, 2002; Maramis, 2010).

Gangguan jiwa merupakan deskripsi sindrom dengan variasi penyebab. Banyak yang belum diketahui dengan pasti dan perjalanan penyakit tidak selalu bersifat kronis. Pada umumnya ditandai adanya penyimpangan yang fundamental, karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta adanya afek yang tidak wajar atau tumpul (Maslim, 2002).

SUMBER PENYEBAB GANGGUAN JIWA

Manusia bereaksi secara keseluruhan somato-psiko-sosial. Dalam mencari penyebab gangguan jiwa, unsur ini harus diperhatikan. Gejala gangguan jiwa yang menonjol adalah unsur psikisnya, tetapi yang sakit dan menderita tetap sebagai manusia seutuhnya (Maramis, 2010).

1. Faktor somatik, yakni akibat gangguan pada neuroanatomi, neurofisiologi, dan neurokimia, termasuk tingkat kematangan dan perkembangan organik, serta faktor pranatal dan perinatal.
2. Faktor psikologik, yang terkait dengan interaksi ibu dan anak, peranan ayah, persaingan antarsaudara kandung, hubungan dalam keluarga, pekerjaan, permintaan masyarakat. Selain itu, faktor intelegensi, tingkat perkembangan emosi, konsep diri, dan pola adaptasi juga akan memengaruhi kemampuan untuk menghadapi masalah. Apabila keadaan ini kurang baik, maka dapat mengakibatkan kecemasan, depresi, rasa malu, dan rasa bersalah yang berlebihan.
3. Faktor sosial budaya, yang meliputi faktor kestabilan keluarga, pola mengasuh anak, tingkat ekonomi, perumahan, dan masalah kelompok minoritas yang meliputi prasangka, fasilitas kesehatan, dan kesejahteraan yang tidak memadai, serta pengaruh rasial dan keagamaan.

DASAR PENGGOLONGAN GANGGUAN JIWA

Tujuan diadakan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia adalah sebagai berikut:

1. Kondisi pelayanan kesehatan (*service and clinical use*)
 - a. Kondisi penyakit/gangguan untuk statistik kesehatan
 - b. Keseragaman diagnosis klinis untuk tatalaksana terapi
2. Bidang pendidikan kedokteran (*educational use*)
Kesamaan konsep diagnosis gangguan jiwa untuk komunikasi akademik
3. Bidang penelitian kesehatan (*research use*)
Memberikan batasan dan kriteria operasional diagnosis gangguan jiwa yang memungkinkan perbandingan data dan analisis ilmiah

KLASIFIKASI GANGGUAN JIWA

Klasifikasi diagnosis gangguan jiwa telah mengalami berbagai penyempurnaan. Pada tahun 1960-an, *World Health Organization* (WHO) memulai menyusun klasifikasi diagnosis seperti tercantum pada *International Classification of Disease* (ICD). Klasifikasi ini masih terus disempurnakan, yang saat ini telah sampai pada edisi ke sepuluh (ICD X). Asosiasi dokter psikiatri Amerika juga telah mengembangkan sistem klasifikasi berdasarkan diagnosis dan manual statistik dari gangguan jiwa (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder—DSM*). Saat ini, klasifikasi DSM telah sampai pada edisi DSM-IV-TR yang diterbitkan tahun 2000. Indonesia menggunakan pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa (PPDGJ), yang saat ini telah sampai pada PPDGJ III (Maslim, 2002; Cochran, 2010; Elder, 2012; Katona, 2012).

Sistem klasifikasi pada ICD dan DSM menggunakan sistem kategori. ICD menggunakan sistem aksis tunggal (*uniaksis*), yang mencoba menstandarkan diagnosis menggunakan definisi deskriptif dari berbagai sindroma, serta memberikan pertimbangan untuk diagnosis banding. Kriteria diagnosis pada DSM menggunakan sistem multiaksis, yang menggambarkan berbagai gejala yang harus ada agar diagnosis dapat ditegakkan (Katona, 2012).

Diagnosis gangguan jiwa berdasarkan PPDGJ III adalah sebagai berikut :

- (Maramis, 2009)
- I : gangguan mental organik dan simtomatik (F00-F09)
 - II : gangguan mental dan perilaku akibat zat psikoaktif (F10-F19)
 - III : skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham (F20-F29)
 - IV : gangguan suasana perasaan/mood/afektif (F30-F39)
 - V : gangguan neurotik, gangguan somatoform, dan gangguan terkait stress (F40-F48)
 - VI : sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik (F50-F59)
 - VII : gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa (F60-F69)
 - VIII : retardasi mental (F70-F79)
 - IX : gangguan perkembangan psikologis (F80-F89)
 - X : gangguan perilaku dan emosional dengan onsets masa kanak dan remaja (F90-F98)
 - XI : kondisi lain yang menjadi focus perhatian klinis (kode Z)

Dalam diagnosis multiaksis tersebut terdiri dari 5 aksis, yaitu sebagai berikut.

1. Aksis 1 : sindroma klinis dan kondisi lain yang mungkin menjadi fokus perhatian klinis.

- a. F00 – F09 : gangguan mental organik (termasuk gangguan mental simtomatik).
 - b. F10 – F19 : gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikoaktif.
 - c. F20 – F29 : skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham.
 - d. F30 – F39 : gangguan suasana perasaan (mood/afektif).
 - e. F40 – F48 : gangguan neurotik, gangguan somatoform dan gangguan terkait stres.
 - f. F50 – F59 : sindroma perilaku yang berhubungan dengan gangguan fisiologis dan faktor fisik.
 - g. F60 – F69 : gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa.
 - h. F70 – F79 : gangguan perkembangan psikologis.
 - i. F80 – F89 : gangguan perilaku dan emosional dengan onset biasanya pada anak dan remaja.
 - j. F90 – F98 : gangguan jiwa yang tidak tergolongkan.
2. Aksis II : gangguan kepribadian dan retardasi mental klinis
 - a. F.60 : gangguan kepribadian khas
 - b. F.61 : gangguan kepribadian campuran
 - c. F70-F79 : Retardasi mental
 3. Aksis III : kondisi medis umum
Penyakit infeksi dan parasit, neoplasma, serta penyakit susunan saraf
 4. Aksis IV : masalah psikososial dan lingkungan
Masalah perumahan, ekonomi, pekerjaan, pendidikan dan sosial
 5. Aksis V : penilaian fungsi secara global atau *Global Assessment of Function (GAF)*
Ketidakmampuan berat, bahaya mencederai diri serta ketidakmampuan dalam komunikasi dan daya nilai
Adapun *Global Assessment of Function (GAF)* adalah sebagai berikut :

100 – 91	: tidak terdapat gejala, berfungsi optimal, tidak terdapat masalah yang tidak dapat diatasi
90 – 81	: terdapat gejala minimal, berfungsi cukup baik, cukup puas, terdapat tidak lebih dari masalah harian yang biasa
80 – 71	: gejala hanya sementara dan dapat diatasi, gangguan yang ringan dalam aktivitas sosial, pekerjaan, sekolah dan lain-lain
70 – 61	: beberapa gejala ringan dan menetap, gangguan ringan dalam fungsi, secara umum masih baik
60 – 51	: gejala sedang, gangguan sedang
50 – 41	: gejala berat, gangguan berat
40 – 31	: beberapa gangguan dalam hubungan dengan kenyataan (realitas) dan komunikasi, gangguan berat dalam beberapa fungsi
30 – 21	: gangguan berat dalam komunikasi dan kemampuan penilaian, tidak mampu berfungsi hampir pada semua bidang
20 – 19	: bahaya melukai diri sendiri dan atau orang lain, gangguan sangat berat dalam berkomunikasi dan mengurus diri sendiri
10 – 1	: seperti diatas, tetapi persisten dan lebih serius
0	: informasi tidak cukup

Catatan :

Antara Axis I, II dan III tidak selalu harus ada hubungan etiologis atau pathogenesis dan hubungan antara Axis I, II, III dan Axis V dapat timbal balik dan saling memengaruhi

Contoh :

Axis I : F32.2 Episode depresif berat tanpa gejala psikotik

F10.1 Penggunaan alkohol yang merugikan

Axis II : F60.7 Gangguan Kepribadian Dependen

Sering menggunakan mekanisme pembelaan penyangkalan (denial) Axis III : Tidak ada

Axis IV : Ancaman kehilangan pekerjaan

Axis V : GAF (*Global Assessment of Function*) = 53 (mutakhir)

PENGGOLONGAN GANGGUAN JIWA SECARA UMUM

Gangguan jiwa secara umum dibagi menjadi dua, yaitu sebagai berikut :

1. Psikotik

a. Organik : delirium, epilepsy, demensia

b. Non organik : skizofrenia (simplek, hebefrenik, katatonik, paranoid, latent, residual), waham, gangguan mood, psikosa (mania, depresi), gaduh gelisah, halusinasi

2. Non psikotik (neurotik)

Gangguan cemas, gangguan psikoseksual, gangguan kepribadian (paranoid, pasif-sgresif, schizoid), alkoholisme, dan menarik diri.

Latihan Soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan caramenyilang (A/B/C/D/E) !

1. Salah satu tujuan Pedoman Penggolongan dan Diagnosa Gangguan Jiwa (PPDGJ) adalah....

- | | |
|--------------------|------------------------|
| a. Klasifikasi | d. Pedoman dokter |
| b. Kesamaan arti | e. Memudahkan diagnosa |
| c. Kesamaan konsep | |

2. Kasus

A. Laki-laki berumur 14 tahun dengan diagnosa episode depresif berat tanpa gejalapsikotik.

B. Saat dilakukan pengkajian pasien riwayat penggunaan alkohol yang merugikan(harmfull).

C. Pasien mengalami gangguan kepribadian dependen, sering menggunakanmekanisme defense menolak (denial).

D. Saat ini pasien menderita penyakit thypus.

E. Pasien merupakan korban penelantaran anak karena orang tuanya bercerai danpasien tidak lulus ujian.

F. Pasien mengalami disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi. Pada kasus tersebut AXIS I ditunjukkan pada...

- | | |
|------------|------------|
| a. A dan B | d. E saja |
| b. C dan D | e. E dan F |
| c. D saja | |

3. Dalam kasus nomor 2 AXIS II ditunjukkan pada...
- a. A
 - b. B
 - c. C
 - d. D
 - e. E dan F
4. Stressor psikologis yang dialami pasien pada kasus nomor 2 dimana pasien merupakan korban penelantaran anak karena orang tua bercerai dan tidak lulus ujian. Hal tersebut termasuk dalam AXIS....
- a. I
 - b. II
 - c. III
 - d. IV
 - e. V
5. Kasus nomor 2, pasien mengalami disabilitas dalam hubungan dengan realita dan komunikasi. Hal tersebut termasuk dalam AXIS.....
- a. I
 - b. II
 - c. III
 - d. IV
 - e. V

BAB

4

ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa diharapkan mampu mempelajari asuhankeperawatan jiwa.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa akan mampu melakukan hal sebagaiberikut.

1. Memahami pengertian proses keperawatan jiwa.
2. Memahami pengkajian dalam keperawatan jiwa.
3. Menegakkan diagnosis keperawatan dalam keperawatan jiwa.
4. Menentukan rencana tindakan dalam keperawatan jiwa.
5. Menentukan tindakan keperawatan dalam keperawatan jiwa.
6. Melakukan evaluasi dalam keperawatan jiwa.

PENGERTIAN

Proses keperawatan merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan pada pasien (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat) yang logis, sistematis, dinamis, dan teratur (Depkes, 1998; Keliat, 1999). Proses ini bertujuan untuk memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien meliputi kebutuhan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal pada pasien.

Adapun manfaat proses keperawatan yaitu asuhan keperawatan yang diterima dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah sehingga terhindar dari malpraktik, partisipasi pasien meningkat dalam keperawatan mandiri.

Pelaksanaan proses keperawatan jiwa bersifat unik, karena sering kali pasien memperlihatkan gejala yang berbeda untuk kejadian yang sama, masalah pasien tidak dapat dilihat secara langsung, dan penyebabnya bervariasi. Pasien banyak yang mengalami kesulitan menceritakan permasalahan yang dihadapi, sehingga tidak jarang pasien menceritakan hal yang sama sekali berbeda dengan yang dialaminya. Perawat jiwa dituntut memiliki kejelian yang dalam saat melakukan asuhan keperawatan. Proses keperawatan jiwa dimulai dari pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Fortinash, 1995).

Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama proses keperawatan meliputi pengumpulan data, analisis data, dan perumusan masalah pasien. Data yang dikumpulkan adalah data pasien secara holistik, meliputi aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Seorang perawat jiwa diharapkan memiliki kesadaran atau kemampuan tilik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, berkomunikasi secara terapeutik, dan kemampuan berespons secara efektif (Stuart dan Sundeen, 2002) karena hal tersebut menjadi kunci utama dalam menumbuhkan hubungan saling percaya dengan pasien. Hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien akan memudahkan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Oleh karenanya, dapat membantu pasien menyelesaikan masalah sesuai kemampuan yang dimilikinya.

Stuart dan Sundeen (2002) menyebutkan bahwa faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stresor, sumber koping, dan kemampuan koping yang dimiliki pasien adalah aspek yang harus digali selama proses pengkajian.

Secara lebih terstruktur pengkajian kesehatan jiwa meliputi hal berikut.

1. Identitas pasien
2. Alasan masuk
3. Faktor presipitasi
4. Faktor predisposisi
5. Pemeriksaan fisik
6. Aspek psikososial
7. Status mental
8. Kebutuhan persiapan pulang
9. Mekanisme koping
10. Masalah psikososial dan lingkungan
11. Pengetahuan
12. Aspek medis

Data tersebut dapat dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang disampaikan secara lisan oleh pasien dan/atau keluarga sebagai hasil wawancara perawat. Data objektif adalah data yang didapatkan melalui observasi atau pemeriksaan secara langsung oleh perawat.

Jenis data yang diperoleh dapat sebagai data primer bila didapat langsung oleh perawat, sedangkan data sekunder bila data didapat dari hasil pengkajian perawat yang lain atau catatan tim kesehatan lain.

Setelah data terkumpul dan didokumentasikan dalam format pengkajian keperawatan kesehatan jiwa, maka seorang perawat harus mampu melakukan analisis data dan menetapkan suatu kesimpulan terhadap masalah yang dialami pasien. Kesimpulan itu mungkin adalah sebagai berikut.

1. Tidak ada masalah tetapi ada kebutuhan.
 - a. Pasien memerlukan pemeliharaan kesehatan dengan *follow up* secara periodik, karena tidak ada masalah serta pasien telah memiliki pengetahuan untuk antisipasi masalah.
 - b. Pasien memerlukan peningkatan kesehatan berupa upaya prevensi dan promosi sebagai program antisipasi terhadap masalah.
2. Ada masalah dengan kemungkinan.
 - a. Risiko terjadinya masalah, karena sudah ada faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah.
 - b. Aktual terjadi masalah dengan disertai data pendukung.

Diagnosis Keperawatan

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (2016), diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Jenis – jenis diagnosis keperawatan dapat diuraikan sebagai berikut (Carpenito, 2013; Potter & Perry, 2013)

1. Diagnosis aktual

Diagnosis yang menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan.

Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

2. Diagnosis risiko

Diagnosis ini menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukantanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki factor risiko mengalami maslah kesehatan.

3. Diagnosis promosi kesehatan

Diagnosis ini menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih baik atau optimal.

Rumusan diagnosis yaitu Permasalahan (P) berhubungan dengan Etiologi (E), dibuktikan dengan tanda (Sign) dan Gejala (Symtom) disingkat (S). Jika pada diagnosis tersebut sudah diberikan tindakan keperawatan, tetapi permasalahan (P) belum teratasi, maka perlu dirumuskan diagnosis baru sampai tindakan keperawatan tersebut dapat diberikan hingga masalah teratasi.

Rencana Tindakan

Rencana tindakan keperawatan terdiri dari standar luaran keperawatan dan standar intervensi keperawatan. Standar luaran keperawatan berfokus pada penyelesaian masalah (P). Standar intervensi berfokus pada intervensi keperawatan secara komprehensif yang meliputi intervensi pada berbagai level praktik (generalis dan spesialis), berbagai kategori (psikologis dan psikososial), berbagai upaya kesehatan (kuratif, preventif dan promotif), berbagai jenis klien (individu, keluarga, komunitas), jenis intervensi (mandiri dan kolaborasi) serta intervensi komplementer dan alternatif.

Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan yang akan diimplementasikan kepada pasien disesuaikan dengan rencana tindakan. Sebelum melaksanakan tindakan keperawatan, perawat perlu melakukan validasi apakah rencana tindakan yang ditetapkan sesuai dengan kondisi pasien saat ini. Jika tindakan keperawatan dirasa sesuai, maka saat memulai untuk implementasi tindakan keperawatan, perawat harus membuat kontrak dengan pasien dengan menjelaskan apa yang akan dikerjakan dan peran serta pasien yang diharapkan. Kemudian mendokumentasikan apa yang telah dilaksanakan.

Evaluasi

Evaluasi merupakan proses yang berkelanjutan dan dilakukan terus menerus untuk menilai efek dari tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan pada pasien. Evaluasi ada dua macam, yaitu (1) evaluasi proses atau formatif, yang dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan (2) evaluasi hasil atau sumatif, yang dilakukan dengan membandingkan respons pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan.

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP, yaitu sebagai berikut. S : respons subjektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. O : respons objektif pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

A : analisis terhadap data subjektif dan objektif untuk menyimpulkan apakah masalah masih ada atau telah teratasi atau muncul masalah baru, atau ada data yang kontradiksi terhadap masalah yang ada.

P : perencanaan atau tindak lanjut berdasarkan hasil analisis respons pasien.

Rencana tindak lanjut dapat berupa hal sebagai berikut.

1. Rencana dilanjutkan (jika masalah tidak berubah).
2. Rencana dimodifikasi (jika masalah tetap ada, sudah dilaksanakan semua tindakan tetapi hasil belum memuaskan).
3. Rencana dan diagnosis keperawatan dibatalkan (jika ditemukan masalah baru dan bertolak belakang dengan masalah yang ada).
4. Rencana dan diagnosis selesai jika tujuan sudah tercapai dan perlu mempertahankan keadaan baru.

Format Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

I. IDENTITAS KLIEN

Nama	:	(L/P)	Tanggal Dirawat	:
Umur	:		Tanggal Pengkajian	:
Alamat	:		Ruang Rawat	:
Pendidikan	:			
Agama	:			
Status	:			
Pekerjaan	:			
No RM	:			

II. ALASAN MASUK

- a. Data Primer.....
..
- b. Data Sekunder.....
....

III. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG dan FAKTOR PRESIPITASI

.....
.....

IV. FAKTOR PREDISPOSISI

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu ?

- ☐ Ya
- ☐ Tidak

Jika Ya, Jelaskan:

.....
.....

2. Pengobatan sebelumnya

- ☐ Berhasil
- ☐ Kurang berhasil
- ☐ Tidak berhasil

Jelaskan:

3. a. Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang)

- ☐ Ya
- ☐ Tidak

b. Pernah ada riwayat NAPZA

- ☐ Narkotika
- ☐ Penyalahgunaan Psikotropika
- ☐ Zat aditif : kafein, nikotin, alkohol
- ☐ DII

c. Riwayat Trauma

	Usia	Pelaku	Korban	Saksi
1. Aniaya fisik				
2. Aniaya seksual				
3. Penolakan				
4. Kekerasan dalam keluarga				
5. Tindakan kriminal				
6. Usaha Bunuh diri				

Jelaskan:

4. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan

Masalah Keperawatan :

- ☐ Gangguan tumbuh kembang (D.0106)
- ☐ Berduka (D.0081)
- ☐ Sindrom paska trauma (D.0104)
- ☐ Risiko perilaku kekerasan (D.0146)
- ☐ Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

V. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

1. Anggota keluarga yang gangguan jiwa ?

- ☐ Ada
- ☐ Tidak

Kalau ada :

Hubungan keluarga :

Gejala :

Riwayat pengobatan :

Masalah Keperawatan:

- ☐ Ketidakmampuan coping keluarga (D.0093)
- ☐ Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)
- ☐ Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)
- ☐ Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)

- ☐ Resiko perilaku kekerasan (D.0146)
- ☐ Lain-lain, jelaskan

VI. PEMERIKSAAAN FISIK

1. Keadaan umum :

.....

2. Tanda vital:

Tekanan Darah mm/Hg

Nadix/mnt

Suhu°C

Respirasix/mnt

3. Ukuran : BBkg TBcm

4. Keluhan fisik:

- ☐ Ada keluhan
 - ☐ Tidak ada
- keluhanJelaskan:

.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)
- ☐ Pola napas tidak efektif (D.0005)
- ☐ Berat badan lebih (D.0018)
- ☐ Defisit nutrisi (D.0019)
- ☐ Risiko ketidakseimbangan cairan (D.0036)
- ☐ Risiko ketidakseimbangan elektrolit (D.0037)
- ☐ Gangguan eliminasi urin (D.0040)
- ☐ Konstipasi (D.0049)
- ☐ Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- ☐ Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
- ☐ Hipertermia (D.0130)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

VII. PSIKOSOSIAL (Sebelum dan sesudah sakit)

1. Genogram:

Keterangan Gambar :

Jelaskan:

.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Ketidakmampuan coping keluarga (D.0093)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

2. Konsep Diri

a. Citra tubuh :

.....
.....

b. Identitas :

.....
.....

c. Peran :

.....
.....

d. Ideal diri :

.....
.....

e. Harga diri :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Gangguan citra tubuh (D.0083)
- ☐ Gangguan identitas diri (D.0084)
- ☐ Harga diri rendah kronis (D.0086)
- ☐ Harga diri rendah situasional (D.0087)
- ☐ Kesiapan peningkatan konsep diri (D.0089)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

3. Hubungan sosial

a. Orang yang terdekat :

b. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat:

.....

c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain:

.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Gangguan interaksi sosial (D.0118)
- ☐ Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
- ☐ Isolasi sosial (D.0121)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

4. Spiritual

a. Nilai dan keyakinan :

b. Kegiatan ibadah :

Masalah Keperawatan:

- ☐ Distress spiritual (D.0082)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

VIII. STATUS MENTAL

1. Penampilan

- ☐ Tidak rapi

- ☐ Penggunaan pakaian tidak sesuai
- ☐ Cara berpakaian tidak seperti biasanya

Jelaskan:

.....

.....

Masalah Keperawatan:

- ☐ Defisit perawatan diri (D. 0109)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

2. Pembicaraan

- ☐ Cepat
- ☐ Keras
- ☐ Gagap
- ☐ Apatis
- ☐ Lambat
- ☐ Membisu
- ☐ Tidak mampu memulai pembicaraan
- ☐ Lain-lain.....

Jelaskan:

.....

.....

Masalah Keperawatan:

- ☐ Gangguan interaksi sosial (D.0118)
- ☐ Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

3. Aktifitas

motorik

Kelambatan :

- ☐ Hipokinesia, hipoaktifitas
- ☐ Katalepsi
- ☐ Substupor katatonik
- ☐ Fleksibilitas

serebraJelaskan:

.....

.....

Peningkatan :

- ☐ Hiperkinesia, hiperaktifitas
- ☐ Gagap
- ☐ Stereotipi
- ☐ Gaduh Gelisah Katatonik
- ☐ Manierisme
- ☐ Katapleksi
- ☐ Tik
- ☐ Ekchopraxia
- ☐ Commond automatism
- ☐ Grimace
- ☐ Otomatisme
- ☐ Negativisme
- ☐ Reaksi konversi
- ☐ Tremor
- ☐ Verbigerasi
- ☐ Berjalankaku/rigid
- ☐ Kompulsif :sebutkan

Jelaskan:

.....

.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Gangguan mobilitas fisik (D.0054)
- ☐ Intoleransi aktivitas (D.0056)
- ☐ Risiko cedera (D.0136)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

4. Afek dan Emosi

a. Afek

- ☐ Adekuat
- ☐ Tumpul
- ☐ Dangkal/datar
- ☐ Inadekuat
- ☐ Labil
- ☐ Ambivalen

Jelaskan:

.....

.....

b. Emosi

- ☐ Merasa kesepian
- ☐ Apatis
- ☐ Marah
- ☐ Anhedonia
- ☐ Eforia
- ☐ Depresi/sedih
- ☐ Cemas (Ringan, Sedang, Berat dan Panik)

Jelaskan:

.....

.....

Masalah Keperawatan

- ☐ Ansietas (D.0080)
- ☐ Ketidakberdayaan (D.0092)
- ☐ Gangguan interaksi sosial (D.0118)
- ☐ Kerusakan komunikasi verbal (D.0119)
- ☐ Isolasi sosial (D.0121)
- ☐ Risiko bunuh diri (D.0135)
- ☐ Risiko cedera (D.0136)
- ☐ Risiko mutilasi diri (D.0145)
- ☐ Risiko perilaku kekesarsan (D.0146)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

5. Interaksi selama wawancara

- ☐ Bermusuhan
- ☐ Tidak kooperatif
- ☐ Mudah tersinggung
- ☐ Kontak mata kurang
- ☐ Defensif
- ☐ Curiga

Jelaskan:

.....

.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Gangguan interaksi sosial (D.0118)
- ☐ Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
- ☐ Isolasi sosial (D.0121)
- ☐ Risiko bunuh diri (D.0135)
- ☐ Risiko cedera (D.0136)
- ☐ Risiko mutilasi diri (D.0145)
- ☐ Risiko perilaku kekesarsan (D.0146)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

6. Persepsi –

Sensorik

Halusinasi

- ☐ Pendengaran
- ☐ Penglihatan
- ☐ Perabaan
- ☐ Pengecapan
- ☐ Penciuma

nIlusi

- ☐ Ada
- ☐ Tidak ada Depersonalisasi
- ☐ Ada
- ☐ Tidak adaDerealisasi
- ☐ Ada
- ☐ Tidak ada

Jelaskan:

.....
.....
Masalah Keperawatan :

- ☐ Gangguan persepsi sensori (D.0085)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

7. Proses Pikir

a. Arus Pikir:

- ☐ Koheren
- ☐ Inkoheren
- ☐ Sirkumstansial
- ☐ Tangensial
- ☐ Asosiasi longgar
- ☐ Flight of idea
- ☐ Blocking
- ☐ Perseverasi
- ☐ Logorhea
- ☐ Asosiasi bunyi
- ☐ Neologisme
- ☐ Main dengan kata-kata
- ☐ Afasia

Jelaskan:

b. Isi Pikir

- ☐ Obsesif
- ☐ Ekstasi
- ☐ Fantasi
- ☐ Pikiran bunuh diri
- ☐ Ideas of reference
- ☐ Pikiran magis
- ☐ Preokupasi
- ☐ Alienasi
- ☐ Pikiran rendah diri
- ☐ Pesimisme
- ☐ Pikiran curiga
- ☐ Pikiran isolasi sosial
- ☐ Fobia, sebutkan.....
- ☐ Waham:
 - ☐ Agama
 - ☐ Somatik
 - ☐ Kebesaran
 - ☐ Curiga
 - ☐ Nihilistik
 - ☐ Sisip pikir
 - ☐ Siar pikir
 - ☐ Kontrol pikir

Masalah Keperawatan:

- ☐ Gangguan memori (D.0062)
- ☐ Penyangkalan tidak efektif (D.0098)
- ☐ Perilaku kesehatan cenderung berisiko (D. 0099)
- ☐ Waham (D. 0105)
- ☐ Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

8. Kesadaran (kuantitas/kualitas)

a. Kesadaran kuantitas

- ☐ Compos mentis
- ☐ Apatitis
- ☐ Somnolen
- ☐ Sopor
- ☐ Subkoma
- ☐ Koma

b. Kesadaran kualitas

- ☐ Tidak berubah
- ☐ Berubah
- ☐ Gangguan tidur
- ☐ Meninggi
- ☐ Hipnosa
- ☐ Disosiasi
- ☐ Disorientasi
 - ☐ Waktu
 - ☐ Tempat
 - ☐ Orang

Jelaskan:

.....

.....

Masalah Keperawatan:

- ☐ Gangguan memori (D.0062)
- ☐ Risiko cedera (D.0136)
- ☐ Risiko jatuh (D.0143)
- ☐ Lain-lain, jelaskan

9. Memori

- ☐ Gangguan daya ingat jangka panjang (> 1 bulan)
- ☐ Gangguan daya ingat jangka pendek (1 hari – 1 bulan)
- ☐ Gangguan daya ingat saat ini (< 24 jam)
- ☐ Amnesia
- ☐ Paramnesia:
 - ☐ De javu
 - ☐ Jamais vu
 - ☐ Konfabulasi
 - ☐ Fausse reconnaissance
- ☐ Hiperamnesia

Jelaskan:

.....

.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Gangguan memori (D.0062)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

10. Tingkat konsentrasi dan berhitung

- ☐ Mudah beralih
- ☐ Tidak mampu berkonsentrasi
- ☐ Tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan:

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Gangguan memori (D.0062)
- ☐ Isolasi sosial (D. 0121)
- ☐ Lain-lain, jelaskan

11. Kemampuan penilaian

- ☐ Gangguan ringan
- ☐ Gangguan bermakna

Jelaskan:

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Gangguan memori (D.0062)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

12. Daya tilik diri

- ☐ Mengingkari penyakit yang diderita
- ☐ Menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan:

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Gangguan memori (D.0062)
- ☐ Ketidakpatuhan (D.0114)
- ☐ Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)
- ☐ Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)
- ☐ Lain-lain, jelaskan.....

IX. KEBUTUHAN PERSIAPAN PULANG

1. Makan

- ☐ Bantuan minimal
- ☐ Bantuan total

Jelaskan:

.....
.....

2. BAB/BAK

- ☐ Bantuan minimal
- ☐ Bantuan total

Jelaskan:

.....
.....
3. Mandi

☐ Bantuan minimal

☐ Bantuan total

Jelaskan:

.....
.....

4. Berpakaian/berhias

☐ Bantuan minimal

☐ Bantuan total

Jelaskan :

.....
.....

5. Istirahat dan tidur

☐ Tidur siang, lama : _____ s/d _____

☐ Tidur malam, lama : _____ s/d _____

☐ Aktifitas sebelum/sesudah tidur : _____, _____

Jelaskan:

.....
.....

6. Penggunaan obat

☐ Bantuan minimal

☐ Bantuan total

Jelaskan :

.....
.....

7. Pemeliharaan kesehatan

Ya Tidak

Perawatan

☐☐

lanjutan Sistem

pendukung:

☐☐

Keluarga

Terapis

☐☐

Teman

☐☐

sejawat

Kelompok sosial

☐☐

Jelaskan :

.....
.....

8. Aktifitas dalam rumah

	Ya	Tidak
Mempersiapkan makanan	☐	☐
Menjaga kerapihan rumah	☐	☐
Mencuci pakaian	☐	☐
Pengaturan keuangan		
9. Aktifitas di luar rumah	Ya	Tidak
	☐	☐
Belanja	☐	☐
Transportasi	☐	☐
Lain-lain		

Jelaskan :

.....
.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Berat badan lebih (D.0018)
- ☐ Defisit nutrisi (D.0019)
- ☐ Gangguan eliminasi urin (D.0040)
- ☐ Konstipasi (D.0049)
- ☐ Gangguan pola tidur (D.0055)
- ☐ Defisit perawatan diri (D.0109)
- ☐ Ketidakpatuhan (D.0114)
- ☐ Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)
- ☐ Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)
- ☐ Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)
- ☐ Lain-lain, jelaskan

X. MEKANISME KOPING

Adaptif	Maladaptif
☐ Bicara dengan orang lain ☐ Mampu menyelesaikan masalah ☐ Teknik relaksasi ☐ Aktivitas konstruktif ☐ Olah raga ☐ Lain-lain.....	☐ Minum alkohol ☐ Reaksi lambat/berlebihan ☐ Bekerja berlebihan ☐ Menghindar ☐ Menciderai diri ☐ Lain-lain.....

Masalah Keperawatan :

- ☐ Kesiapan peningkatan koping keluarga (D.0090)
- ☐ Kesiapan peningkatan koping komunitas (D.0091)
- ☐ Ketidakmampuan koping keluarga (D.0093)
- ☐ Koping defensif (D.0094)
- ☐ Koping komunitas tidak efektif (D.0095)
- ☐ Koping tidak efektif (D.0096)
- ☐ Penurunan koping keluarga (D.0097)
- ☐ Penyangkalan tidak efektif (D.0098)
- ☐ Lain-lain, jelaskan

XI. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

- ☐ Masalah dengan dukungan kelompok, spesifiknya
- ☐ Masalah berhubungan dengan lingkungan, spesifiknya
- ☐ Masalah dengan pendidikan, spesifiknya
- ☐ Masalah dengan pekerjaan, spesifiknya
- ☐ Masalah dengan perumahan, spesifiknya
- ☐ Masalah dengan ekonomi, spesifiknya

.....
□ Masalah dengan pelayanan kesehatan, spesifiknya
.....

□ Masalah lainnya, spesifiknya
.....

Masalah Keperawatan :

- Keputusan (D.0088)
- Ketidakberdayaan (D.0092)
- Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)
- Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)
- Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)
- Penampilan peran tidak efektif (D.0125)

XII. PENGETAHUAN

Kurang pengetahuan tentang :

- Penyakit/gangguan jiwa
- Sistem pendukung
- Faktor presipitasi
- Mekanisme koping
- Penyakit fisik
- Obat-obatan
- Lainnya

...Jelaskan:
.....

Masalah Keperawatan:

- Defisit pengetahuan (D.0111)
- Manajemen kesehatan keluarga tidak efektif (D.0115)
- Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)
- Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)

XIII. ASPEK MEDIS

Diagnosis medik : Axis 1 :

Axis 2 :

Axis 3 :

Axis 4 :

Axis 5 :

Terapi medik :

XIV. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

1.
2.
3.
4.

XV. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1.
2.
3.
4.

Perawat yang mengkaji

ANALISA DATA

Nama Pasien :

Nomor CM :

Ruangan :

Diagnosis Medis :

No	Data	Masalah Keperawatan

DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Nomor CM :

Ruangan :

Diagnosis Medis :

No	Diagnosis Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi

RENCANA KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Nomor CM :

Ruangan :

Diagnosis Medis :

No	Diagnosis Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan	Standar Intervensi Keperawatan	Paraf dan Nama

TINDAKAN DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Nama Pasien :

Nomor CM :

Ruangan :

Diagnosis Medis :

Diagnosis Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan	Paraf dan Nama

PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

I. IDENTITAS KLIEN

Identitas klien meliputi : Nama (inisial), Umur (dalam tahun), Jenis Kelamin (L untuk laki-laki dan P untuk perempuan dengan mencoret salah satu), Alamat, Pendidikan, Agama, Status (belum menikah/menikah/janda/duda), Pekerjaan, Nomor Rekam Medik (CM), Tanggal di rawat, Tanggal Pengkajian dan Ruang rawat.

II. ALASAN MASUK

Tanyakan kepada klien/keluarga/pihak yang berkaitan :

1. Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang ke rumah sakit?
2. Bagaimana gambaran gejala tersebut?
3. Apa yang sudah dilakukan oleh klien/keluarga sebelumnya atau dirumah untuk mengatasi masalah ini dan bagaimana hasilnya?

Tulis data primer dan data sekunder.

- a. Data primer : data yang diperoleh langsung berdasarkan keterangan klien/keluarga
- b. Data sekunder : data yang diperoleh dari catatan Rekam Medik pasien.

III. FAKTOR PRESIPITASI/RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Faktor Presipitasi adalah stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman atau tuntutan dan memerlukan energi ekstra untuk mengatasinya (faktor yang memperberat/memperparah terjadinya gangguan jiwa).

Beberapa pertanyaan yang bisa diajukan :

1. Tanyakan apakah pernah mengalami gangguan jiwa sebelumnya
2. Riwayat timbulnya gejala gangguan jiwa saat ini
3. Tanyakan penyebab munculnya gejala tersebut
4. Apa saja yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini?
5. Apakah ada pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan
6. Bagaimana hasilnya?

IV. FAKTOR PREDISPOSISI/RIWAYAT PENYAKIT MASA LALU

Faktor Predisposisi adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress (faktor pencetus /penyebab utama timbulnya gangguan

jiwa). Faktor predisposisi yang harus dikaji

meliputi :

1. Tanyakan kepada klien/keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa dimasa lalu, bila ya beri tanda √ pada kotak ya dan bila tidak diberi tanda √ pada kotak tidak.
2. Apabila pada point 1 ya, maka tanyakan bagaimana hasil pengobatan/perawatan sebelumnya. Apabila dia dapat beradaptasi di masyarakat tanpa ada gejala-gejala gangguan jiwa maka beri tanda √ pada kotak berhasil. Apabila dia dapat beradaptasi tetapi masih ada gejala-gejala sisa, maka beri tanda √ pada kotak kurang berhasil. Apabila tidak ada

kemajuan atau gejala-gejala tambahan atau meenetap maka beri tanda √ pada kotak tidak berhasil.

3. Tanyakan apakah klien pernah mengalami gangguan fisik/penyakit termasuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan.
4. Tanyakan kepada klien/keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa, jika ada beri tanda √ pada kotak ya dan jika tidak beri tanda √ pada kotak tidak. Apabila ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa, maka tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga terdekat. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut. Masalah keperawatan ditulis sesuai dengan data.

V. PEMERIKSAAN FISIK

Pemeriksaan fisik difokuskan pada sistem dan fungsi organ tubuh (dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi dan observasi hasil pengukuran) dapat digambarkan sebagai berikut :

1. Lakukan pengukuran tanda vital dan tuliskan hasilnya tentang:
 - a. Tekanan darah dalam mmHg
 - b. Nadi berapa kali dalam 1 (satu) menit
 - c. Pernafasan berapa kali dalam 1 (satu) menit,
 - d. Suhu badan dalam derajat celcius,
 - e. Berat badan dalam kg,
 - f. Tinggi badan dalam cm.
2. Tanyakan kepada klien/keluarga, apakah ada keluhan-keluhan fisik yang dirasakan oleh klien, bila ada beri tanda √ di kotak ya dan bila tidak beri tanda √ pada kotak tidak.
3. Lakukan pemeriksaan fisik lebih lanjut sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

VI. PSIKOSOSIAL

Pengkajian pada aspek psikososial dapat dilakukan pada genogram, konsep diri, hubungan sosial dan aspek spiritual yang akan diuraikan secara singkat di bawah ini.

1. Genogram

Penelusuran genetik yang menyebabkan / menurunkan gangguan jiwa merupakan hal yang sulit dilakukan hingga saat ini. Informasi terakhir tentang hal ini berdasarkan atas penyelidikan sifat keturunan melalui 3 jenis kajian yaitu:

- a. Kajian adopsi yang membandingkan sifat antara anggota keluarga biologis/satu keturunan dengan keluarga adopsi.
- b. Kajian kembar yang membandingkan sifat antara anggota keluarga yang kembar identik secara genetik dengan saudara kandung yang tidak kembar.
- c. Kajian keluarga yang membandingkan apakah suatu sifat banyak kesamaan antara keluarga tingkat pertama (seperti orang tua, saudara kandung) dengan keluarga yang lain.

Oleh karena itu perlunya gambaran genogram keluarga (contoh genogram dibawah ini) dan bagaimana maknanya terhadap terjadinya gangguan jiwa pada klien dapat dilakukan sebagai berikut :

- a. Gambarkan genogram keluarga klien dengan 3 (tiga) generasi yang dapat

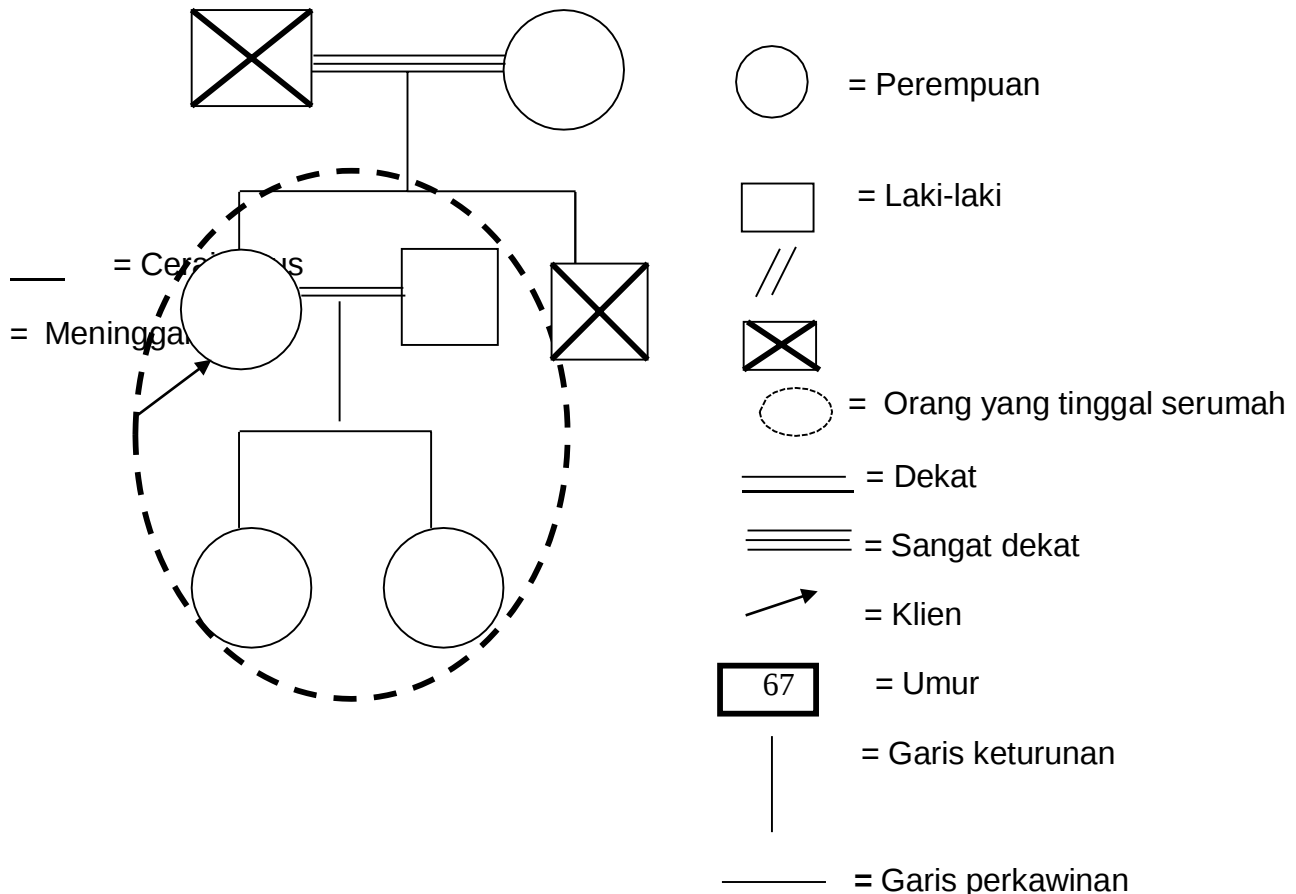
menggambarkan hubungan klien dengan anggota keluarga. Adakah keluhan fisik, sakit fisik dan gangguan jiwa yang dialami anggota keluarganya, pernahkah dirawat.

- b. Jelaskan klien tinggal dengan siapa dan apa hubungannya. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh keluarga terhadap klien dan anggota keluarga lainnya.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut.

Gambar genogram :

Keterangan gambar genogram :



2. Konsep Diri

Konsep diri adalah semua jenis pikiran, keyakinan dan kepercayaan yang membuat seseorang mengetahui tentang dirinya dan mempengaruhi hubungan dengan orang lain. Konsep diri ada melalui pembelajaran (dipelajari) setelah lahir sebagai hasil pengalaman unik dalam dirinya, bersama orang terdekat dan dengan dunia nyata (realitas). Konsep diri terdiri atas:

- a. Citra tubuh yaitu kumpulan sikap individu yang disadari terhadap tubuhnya termasuk persepsi masa lalu/sekarang, perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensidirinya.

Pengkajian : tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya, bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai.

- b. Identitas diri yaitu pengorganisasian prinsip dari kepribadian yang bertanggung jawab terhadap kesatuan, kesinambungan, konsistensi dan keunikan individu.

c. Peran yaitu serangkaian perilaku yang diharapkan oleh lingkungan sosial berhubungan dengan fungsi individu diberbagai kelompok sosial.

d. Ideal diri yaitu persepsi individu tentang bagaimana seharusnya ia berperilaku berdasarkan standart, aspirasi, tujuan atau nilai personal tertentu.

e. Harga diri yaitu penilaian tentang nilai personal yang diperoleh dengan menganalisa seberapa baik perilaku seseorang sesuai dengan ideal dirinya. Harga diri tinggi merupakan perasaan yang berakar dalam menerima dirinya tanpa syarat, meskipun telah melakukan kesalahan, kekalahan dan kegagalan, ia tetap merasa sebagai orang yang penting dan berharga.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

A horizontal double-headed arrow representing a continuum. On the left end, above the arrow, is the text "Respon adaptif". Below it are two items: "Aktualisasi diri" and "Konsep diri positif". In the middle of the arrow, there are two items: "Harga diri rendah" and "Kerancuan identitas". On the right end, above the arrow, is the text "Respon Maladaptif". Below it are two items: "Depersonalisasi" and "Disosiasi".

Dalam setiap interaksi dengan klien, perawat harus menyadari luasnya dunia kehidupan klien, memahami pentingnya kekuatan sosial dan budaya bagi klien, mengenal keunikan aspek ini dan menghargai perbedaan klien. Berbagai faktor sosial budaya klien meliputi usia, suku bangsa, gender, pendidikan, penghasilan dan sistem keyakinan.

a. Tanyakan pada klien siapa orang yang berarti dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau dukungan baik secara material maupun non- material.

47

- c. Tanyakan pada klien sejauh mana ia terlibat dalam kegiatan masyarakat.
- d. Tanyakan pada klien hambatan apa saja dalam berhubungan dengan orang lain/ kelompok tersebut.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut.

4. Spiritual

Kesejahteraan spiritual adalah keberadaan individu yang mengalami penguatan kehidupan dalam hubungan dengan kekuasaan yang lebih tinggi sesuai nilai individu, komunitas dan lingkungan yang terpelihara (Carpenito, 1998) yang ditandai dengan karakteristik : rasa kesadaran, sumber-sumber yang sakral, kedamaian dalam diri individu, komitmen pada nilai-nilai tertinggi terhadap cinta, makna, harapan dan kebenaran (Carson, 1998).

Distress spiritual adalah gangguan keyakinan atau system nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau tuhan. (SDKI, 2016).

Adapun aspek spiritual dapat dikaji sebagai berikut :

- a. Nilai dan keyakinan : tanyakan pandangan dan keyakinan, terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianutnya. Tanyakan pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa.
- b. Kegiatan ibadah : tanyakan kegiatan ibadah di rumah secara individu dan kelompok. Tanyakan pendapat klien/keluarga tentang kegiatan ibadah.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data

VII. STATUS MENTAL

Pengkajian pada aspek status mental dapat dilakukan pada penampilan, pembicaraan, aktivitas motorik, afek emosi, yang akan diuraikan secara singkat di bawah ini.

Beri tanda ✓ pada kotak sesuai keadaan klien boleh lebih dari satu :

1. Penampilan

Data didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga dalam penampilan umum klien yang merupakan karakteristik fisik klien yaitu penampilan usia, cara berpakaian, kebersihan, sikap tubuh, cara berjalan, ekspresi wajah, kontak mata, dilatasi/konstriksi pupil, status gizi/kesehatan umum.

Pengkajian penampilan sebagai berikut :

- a. Bagaimana kerapian dalam penampilan dari ujung rambut sampai ujung kaki, seperti rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti beberapa hari.
- b. Penggunaan pakaian yang tidak sesuai, seperti pakaian dalam dipakai diluar baju.
- c. Cara berpakaian tidak seperti biasanya terutama penggunaan pakaian yang tidak tepat sesuai waktu, tempat, identitas atau situasi kondisinya tidak sesuai.
- d. Bagaimana penampilan klien dalam hal makan, mandi, toileting dan pakaian sarana/prasarana (instrumentasi) yang berkaitan dengan penampilan dirinya.
- e. Jelaskan hal-hal lain yang ditampilkan dan kondisi lain yang berkaitan sebagai kesan umum (keadaan umum atau KU) saat pertama kali kontak/bertemu dengan klien yaitu keadaan klien (apakah ia berbaring,

lemah, diinfus, rapi, kotor, diam, ngamuk, kooperatif), roman muka (saat itu apakah ia marah, curiga, benci, pandangan kosong, cemas, gembira), sikapnya (apakah sopan, seenaknya, tak mengacuhkan) dan tingkah lakunya (apakah mondar-mandir, bergerak terus, berjoget dll).

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

2. Pembicaraan

Pembicaraan dapat dikaji sebagai berikut : bagaimana pembicaraan yang didapatkan pada klien, apakah cepat, keras, gagap, inkoherensi, apatis, lambat, membisu, tidak mampu memulai pembicaraan, pembicaraan berpindah-pindah dari satu kalimat ke kalimat lainnya yang tidak berkaitan dan jelaskan hal-hal lain yang berkaitan (lebih terinci lihat pada gangguan proses pikir khususnya gangguan arus pikir).

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data

3. Aktifitas Motorik

Gangguan psikomotor dapat berupa kelambatan atau peningkatan aktivitas atau gangguan lainnya.

Data didapatkan melalui hasil observasi perawat/keluarga

a. Kelambatan aktivitas terjadi dimana secara umum gerakan dan reaksi motorik terhadap suatu rangsangan menjadi lambat, kelambatan aktivitas antara lain :

- 1) Hipokinesia/hipoaktivitas yaitu gerakan atau aktivitas yang berkurang
- 2) Substupor katatonik yaitu reaksi terhadap lingkungan sangat kurang, gerakkan dan aktivitas sangat lambat.
- 3) Katalepsi yaitu mempertahankan posisi badan secara kaku dan posisi tertentu.
- 4) Fleksibilitas sereal yaitu mempertahankan posisi badan yang dibuat orang lain.

b. Peningkatan aktivitas terjadi dimana secara umum gerakan dan reaksi motorik terhadap rangsangan menjadi lebih cepat/meningkat, peningkatan aktivitas antara lain :

- 1) Hiperkinesia/hiperaktivitas yaitu gerakan atau aktivitas yang berlebihan.
- 2) Gaduh gelisah katatonik yaitu gerakan motorik yang meningkat, tidak bertujuan, tidak dipengaruhi oleh rangsangan dari luar dan menunjukkan kegelisahan.
- 3) Tik yaitu gerakan kecil involunter/tidak terkontrol, sekejap dan berkali-kali mengenai sekelompok otot atau bagian badan yang relatif kecil.
- 4) Grimace yaitu gerakan otot muka/mimik yang aneh berubah-ubah, tidak dapat dikontrol klien sendiri dan berulang-ulang.
- 5) Tremor yaitu jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjulurkan/merentangkan jari-jari tangannya.
- 6) Stereotipi yaitu gerakan salah satu anggota badan yang berulang-ulang dan tidak bertujuan.
- 7) Mannerisme/pelagakan yaitu gerakan atau lagak yang stereotipi, teatrikal dan dibuat-buat seperti pada suatu pertunjukan.
- 8) Ekchopraxia yaitu meniru gerakan orang lain pada saat dilihatnya secara langsung.
- 9) Echolalia yaitu mengulangi/meniru gerakan dari apa yang yang diucapkan oleh orang lain secara langsung.
- 10) Otomatisme yaitu berbuat sesuatu secara otomatis sebagai pernyataan

atau ekspresi simbolik daripada aktivitas yang tidak disadarinya.

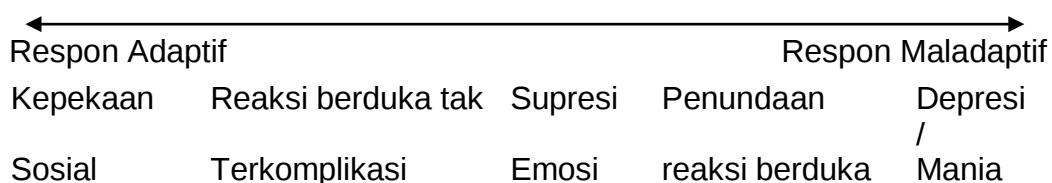
- 11) Otomatisme perintah (*command automatism*) yaitu menuruti sebuah perintah secara otomatis tanpa memikirkan terlebih dahulu.
- 12) Negativisme yaitu menentang nasehat atau permintaan orang lain untuk beraktivitas atau melakukan aktifitas yang berlawanan.
- 13) Katapleksi yaitu tonus otot menghilang mendadak untuk beraktivitas dan sejenak, diikuti atau tidak diikuti oleh penurunan kesadaran yang disebabkan oleh keadaan emosi.
- 14) Verbigerasi yaitu berkali-kali mengucapkan sebuah kata yang sama.
- 15) Gagap yaitu berbicara terhenti-henti/tersendat-sendat karena adanya spasme otot-otot untuk berbicara seperti terlihat sangat ragu-ragu sampai eksplosif (terucap).
- 16) Bersikap aneh yaitu sengaja mengambil sikap/posisi badan yang aneh, tidak wajar atau cenderung bizar (berlebihan).
- 17) Berjalan kaku/rigid yaitu gerakan-gerakan lambat, kaku, tidak tegap dan terputus-putus.
- 18) Kompulsif yaitu kegiatan yang dilakukan berulang-ulang (pre-okupasi) seperti berulang kali mencuci tangan, muka atau mandi, karena adanya dorongan yang mendesaknya agar berbuat sesuatu yang bertentangan dengan keinginan sehari-hari, kebiasaan atau norma-norma yang berlaku.
- 19) Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

4. Afek dan Emosi

Afek adalah manifestasi emosi yang ditampilkan/diekspresikan keluar, disertai banyak komponen fisiologis dan berlangsung (waktunya) relatif lebih singkat/spontan seperti sedih, ketakutan, putus asa, kuatir atau gembira berlebihan. Sedangkan emosi adalah nada perasaan yang menyenangkan atau tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan berlangsung relatif lama dan dengan sedikit komponen fisiologis/fisik, seperti kebanggaan, kekecewaan. Jelaskan afek yang terjadi pada klien seperti datar, tumpul, labil atau tidak sesuai. Biasanya istilah afek dan emosi dipakai secara bersamaan atau bergantian.

Rentang respon emosional dapat digambarkan sebagai berikut :



Respon emosional dipengaruhi oleh dan berperan aktif dalam dunia internal dan eksternal seseorang, orang tersebut terbuka dan sadar akan perasaannya.

Reaksi berduka tak terkomplikasi, respon terhadap kehilangan dan tersirat bahwa ia menghadapi kehilangan yang nyata dalam proses berduka. Supresi emosi, sebagai penyangkalan (denial) terhadap perasaannya sendiri, pelepasan dari keterikatan emosi / penalaran terhadap semua aspek dunia afektif seseorang.

Penundaan reaksi berduka, ketidakadaan yang persisten respon emosional terhadap kehilangan, biasanya pada awal proses berkabung dan menjadi nyata, penundaan/penolakan proses berduka ini kadang terjadi bertahun-tahun. Depresi/ melankolia, kesedihan/duka berkepanjangan sebagai petunjuk fenomena suatu gejala/sindrom keadaan emosional, reaksi atau penyakit/gangguan, mania, ekspresi perasaan, berkepanjangan dan mudah tersinggung.

Sedangkan ansietas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti, tidak berdaya dan tidak memiliki objek yang nyata/spesifik. Rentang respon ansietas digambarkan sebagai berikut :



Ansietas ringan, berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang waspada, menambah lahan persepsinya, memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan/kreativitas.

Ansietas sedang, memusatkan perhatian pada hal-hal yang penting, mengesampingkan yang lain, perhatian selektif dalam melakukan hal-hal yang lebih terarah.

Ansietas berat, lahan persepsi berkurang cenderung memusatkan perhatian pada sesuatu sangat rinci/detil/spesifik, dan tidak dapat berpikir tentang hal lain.

Panik, berhubungan dengan terparangah, ketakutan, terror, hilang kendali, tidak mampu melakukan sesuatu, terjadi disorganisasi kepribadian, peningkatan aktivitas motorik, menurunnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, persepsinya menyimpang dan hilang pemikiran yang rasional.

Data pengkajian afek dan emosi di dapatkan melalui hasil observasi perawat/ keluarga :

- a. Adekuat yaitu efek emosi yang sesuai dengan stimulasi yang ada.
- b. Inadekuat yaitu emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulasi yang ada.
- c. Depresi yaitu keadaan psikologis (dengan manifestasi rasa sedih, susah, rasa tak berguna, gagal, kehilangan, rasa berdosa, putus asa, penyesalan tak ada harapan) yang patologis dan diwujudkan dengan komponen fisiologisnya seperti anoreksia, konstipasi, kulit lembab/dingin, tensi dan nadi menurun. Selain itu juga ada penurunan semangat bekerja, bergaul dan nafsu seksualnya.
- d. Ketakutan yaitu afek emosi terhadap objek yang ditakuti sudah jelas.
- e. Khawatir, cemas, ansietas yaitu ketakutan pada sesuatu objek yang belum jelas atau keadaan tidak enak/tidak nyaman yang tidak jelas penyebabnya, disertai komponen psikologis seperti gugup, tegang, rasa tak aman, lekas terkejut dan komponen fisiologisnya dengan palpitasi, keringat dingin pada telapak tangan, tensi meningkat, peristaltik usus bertambah. Cemas mengganggu homeostasis dan fungsi tubuh/individu.

Cemas jenisnya antara lain:

- 1) Kecemasan mengambang/*free floating anxiety* yaitu kecemasan yang

menyerap dan tidak berhubungan dengan pemikiran.

- 2) Agitasi yaitu kecemasan yang disertai kegelisahan motorik hebat.
- 3) Panik yaitu kecemasan hebat dengan kegelisahan, kebingungan dan hiperaktivitas yang tidak terorganisasi.
- f. Anhedonia yaitu tidak timbul perasaan senang dengan aktivitas yang biasanya menyenangkan bagi dirinya.
- g. Euforia yaitu rasa senang, riang, gembira, bahagia, yang berlebihan yang tidak sesuai dengan keadaan. Elasi adalah bentuk euforia yang lebih hebat dan ekstasi atau ekstasi adalah suatu bentuk euforia yang sangat hebat.
- h. Kesepian adalah merasa dirinya ditinggalkan/dipisahkan dari atau oleh yang Kedangkalan/tumpul/datar adalah kemiskinan afek/emosi secara umum atau kuantitas, tidak ada perubahan dalam rona muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan, hanya bereaksi bila ada stimulus yang lebih kuat. Hanya sedikit/tidak ada rasa gembira/sedih tentang sesuatu hal yang benar-benar menyedihkan/menggembirakan.
- i. Labil adalah emosi yang secara cepat berubah-ubah, tanpa suatu pengendalian yang baik.
- j. Tak wajar/tidak sesuai adalah emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada, keadaan tertentu secara kuantitatif atau dengan isi pembicaraan/pikirannya.
- k. Ambivalensi adalah afek/emosi yang berlawanan dan timbul secara bersama-sama terhadap seseorang, objek atau kondisi tertentu.
- l. Apatik adalah berkurangnya afek/emosi terhadap sesuatu/semua hal yang disertai rasa terencil dan tidak peduli dengan lingkungan sekitarnya.
- m. Amarah/kemurkaan adalah permusuhan yang bersifat agresif, tidak realistis, menghancurkan dirinya, orang lain, lingkungan yang sifatnya bukan untuk memecahkan suatu masalah yang dihadapinya.
- n. Jelaskan aktivitas yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

5. Interaksi selama wawancara

Data didapatkan melalui hasil wawancara dan observasi perawat/keluarga.

- a. Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung.
- b. Kontak mata kurang : tidak mau menatap lawan bicara.
- c. Defensif : selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya).
- d. Curiga : menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain/saat interaksi selama wawancara).
- e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

6. Persepsi Sensorik

Persepsi adalah daya mengenal barang, kualitas, hubungan, perbedaan sesuatu, hal tersebut melalui proses mengamati, mengetahui dan mengartikannya setelah panca indera mendapatkan rangsangan. Ada dua hal dalam masalah persepsi yaitu halusinasi dan ilusi.

Adapun pengkajian gangguan persepsi sensori sebagai berikut :

- a. Halusinasi adalah pencerapan tanpa adanya suatu rangsangan (objek) yang jelas dari luar diri klien terhadap pancaindera pada saat klien dalam keadaan sadar atau bangun (kesan/pengalaman sensoris yang salah).
Jenis halusinasi antara lain:
 - 1) Halusinasi visual/optic/penglihatan : pengalaman sensori yang salah pada penglihatan, bisa berbentuk seperti, orang, binatang atau tidak berbentuk seperti sinar, kilat, bisa berwarna atau tidak berwarna.
 - 2) Halusinasi suara/auditif/akustik/pendengaran : pengalaman sensori yang salah terhadap suara, bisa berupa suara manusia, hewan, mesin, musik atau kejadian alam
 - 3) Halusinasi penciuman/olfactory : merasa mencium sesuatu bau yang khusus dimana orang lain tidak menciumnya.
 - 4) Halusinasi pengecapan/gastatorik : bisa mengecap/merasakan sesuatu padahal tidak sedang makan (rasa enak atau tidak).
 - 5) Halusinasi perabaan/taktil : bisa merasakan suatu perabaan, sentuhan, tiupan, disinari, dipanasi padahal tidak ada yang menyentuhnya.
 - 6) Halusinasi kinestetik/phantom limb yaitu anggota badannya bergerak dalam suatu ruangan, atau anggota badannya bisa merasakan sesuatu gerakan seperti pada klien amputasi.
 - 7) Halusinasi viseral : seperti ada rasa-rasa tertentu yang terjadi didalam/organ tubuhnya.
 - 8) Halusinasi histerik yaitu timbul pada neurosa histerik karena adanya konflik emosional.
 - 9) Halusinasi hipnagogik yaitu halusinasi yang terjadi ketika tidur.
 - 10) Halusinasi hipnopompik yaitu halusinasi yang terjadi setelah bangun tidur.
 - 11) Halusinasi perintah, isinya adalah menyuruh klien untuk melakukan sesuatu, seperti membunuh dirinya, mencabut tanaman dan lain-lain.
- b. Apakah ada ilusi ? kalau ada deskripsikan.
Ilusi adalah pencerapan yang sungguh-sungguh terjadi dengan adanya suatu rangsangan (objek) yang jelas/nyata dari luar diri klien pada pancaindera pada saat klien dalam keadaan sadar atau bangun, karena adanya gangguan pada panca indera maka interpretasi/penilaiannya yang salah terhadap rangsangan/obyek tersebut. Contoh ilusi seperti bunyi angin didengarnya memanggil dirinya, daun pisang jatuh dilihatnya sebagai seorang penjahat yang menyelinap.
- c. Apakah ada depersonalisasi yaitu perasaan yang aneh/terasing terhadap dirinya sendiri, arang lain atau lingkungan, dirinya sudah tidak seperti biasanya, bagian tubuhnya sudah bukan miliknya lagi atau sudah diluar dirinya (*out of body experience*).
- d. Apakah ada derealisasi yaitu perasaan aneh pada lingkungan, tidak sesuai dengan kenyataan dan semuanya sebagai suatu mimpi.
- e. Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

7. Proses Pikir

Proses pikir adalah meliputi proses pertimbangan (*judgement*), pemahaman (*komprehension*), ingatan dan penalaran (*reasoning*). Proses berpikir normal mengandung arus idea, simbol, asosiasi terarah, bertujuan yang dibangkitkan

oleh masalah, tugas serta mengantarkan penyelesaian masalah yang berorientasi kenyataan. Proses pikir merujuk pada "bagaimana" ekspresi diri klien. Sedangkan isi pikir mengacu anti spesifik yang diekspresikan dalam komunikasi klien, merujuk pada apa yang dipikirkan klien.

Data pengkajian arus pikir di peroleh dari observasi :

- a. Koheren yaitu kalimat atau pembicaraan dapat difahami dengan baik
- b. Inkoheren yaitu pembicaraan dimana satu kalimat sulit dipahami maksudnya, isi pembicaraan tidak ada hubungannya dengan stimulus/pertanyaan atau hal-hal yang sedang dibicarakan
- c. Sirkumtansial yaitu pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan/maksud yang dibicarakan.
- d. Tangensial yaitu pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan/maksud yang dibicarakan.
- e. Asosiasi longgar (asosiasi bebas/kehilangan asosiasi) yaitu pembicaraan yang dikatakannya tidak ada hubungan antar satu kalimat dengan kalimat lainnya dan klien tidak menyadarinya. Kurangnya hubungan yang logis antara pikiran dan ide sehingga tak jelas maknanya, mengambang dan tidak terfokus.
- f. Flight of idea yaitu pembicaraan yang mendadak loncat dari satu topik ke topik lainnya, tidak ada hubungan yang runtut/logis dan tidak sampai pada tujuan secara jelas (perubahan ide secara cepat).
- g. Blocking yaitu pembicaraan yang terhenti secara tiba-tiba tanpa adanya gangguan secara eksternal, kemudian beberapa saat dilanjutkan kembali pada pembicaraan semula atau pembicaraan selanjutnya.
- h. Perseverasi yaitu pembicaraan yang berulang-ulang pada suatu ide, pikiran dan tema secara berlebihan.
- i. Logorhoe yaitu banyak bicara yang bertubi-tubi tanpa adanya kontrol yang jelas bisa koheren atau inkoheren.
- j. Asosiasi bunyi yaitu mengucapkan perkataan yang mempunyai persamaan bunyi.
- k. Neologisme yaitu membentuk kata-kata/simbol/tanda/kode baru yang tidak dimengerti secara umum, kadang-kadang dirinya juga tidak mengerti apa yang dimaksud.
- l. Main dengan kata-kata yaitu membuat sajak/puisi/pantun/cerita yang tidak wajar.
- m. Afasia yaitu gangguan kemampuan berbahasa, yaitu tidak bisa mengungkapkan apa yang diinginkan/gangguan bicara, memahami sesuatu, membaca, menulis dan berhitung.
- n. Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara

Data pengkajian isi pikir di peroleh dari observasi :

- a. Obsesi yaitu isi pikiran yang telah muncul/kokoh/peristen, walaupun klien berusaha menghilangkannya, tidak dikehendaki, tidak diketahui dan tidak wajar.
- b. Ekstasi yaitu kegembiraan yang luar biasa dan timbulnya secara mengambang.
- c. Fantasi yaitu isi pikiran tentang keadaan/kejadian yang diharapkan/diinginkan sebagai hal-hal yang tidak nyata sebagai pelarian terhadap keinginan yang tidak dapat dipenuhinya.
- d. Pikiran bunuh diri adalah yaitu isi pikiran yang dimulai dengan memikirkan usaha bunuh diri sampai terus-menerus berusaha untuk dapat bunuh diri.
- e. Ideas of reference yaitu isi pikiran yang dimanifestasikan dengan keyakinan klien terhadap kejadian yang terjadi dilingkungan sekitarnya, pembicaraan orang lain,

benda-benda atau sesuatu kejadian yang dihubungkan/terkait dengan dirinya.

- f. Pikiran magis yaitu isi pikiran yang terwujud dengan keyakinan klien tentang dirinya yang mampu melakukan hal-hal yang mustahil diluar kemampuannya. Seperti : saya bisa terbang kelangit tujuh, bisa mengangkat beras 3 ton.
- g. Preokupasi yaitu isi pikiran yang terpaku pada sebuah ide saja.
- h. Alienasi yaitu pikiran / rasa dirinya sudah menjadi lain, berbeda, asing.
- i. Pikiran rendah diri yaitu pikiran yang merendahkan, menyalahkan, menghinakan dirinya sendiri terhadap hal-hal yang pernah dilakukan atau pun yang belum pernah dilakukannya.
- j. Pesimisme yaitu berpandangan bahwa masa depan dirinya yang suram tentang banyak hal didalam kehidupannya
- k. Pikiran curiga yaitu pikiran yang berupa tidak percaya / curiga pada orang lain. Pikiran isolasi sosial yaitu isi pikiran yang berupa rasa terisolasi, tersekat, terkucil, terpencil dari lingkungan sekitarnya/masyarakat, merasa di tolak, tidak disukai orang lain, dan tidak enak berkumpul dengan orang lain sehingga sering menyendiri.
- l. Phobia yaitu ketakutan yang patologis/tidak rasional terhadap suatu obyek situasi/benda tertentu. Adapun jenis phobia sebagai berikut :
 - 1) Aqrofobi yaitu takut terhadap ruang yang luas.
 - 2) Ailurofobi yaitu takut terhadap kucing.
 - 3) Akrofobi yaitu takut terhadap tempat yang tinggi.
 - 4) Algorfobi yaitu takut terhadap perasaan nyeri/sakit
 - 5) Astrofobi yaitu takut terhadap badai/guntur/kilat.
 - 6) Bakteriofobi yaitu takut terhadap kuman/bakteri
 - 7) Eritrofobi yaitu takut terhadap muka/wajahnya menjadi merah
 - 8) Hematofobi yaitu takut terhadap darah
 - 9) Kankerofobi yaitu takut terhadap sakit/penyakit kanker.
 - 10) Kloustrofobi yaitu takut terhadap ruang yang tertutup.
 - 11) Misofobi yaitu takut terhadap kotoran/kuman.
 - 12) Monofobi yaitu takut terhadap keadaan sendiri/bila sendirian.
 - 13) Nightrofobi yaitu takut terhadap keadaan gelap/suasana gelapnya malam.
 - 14) Okholofobi yaitu takut terhadap keadaan yang ramai/banyak orang
 - 15) Partofobi yaitu takut terhadap segala sesuatu.
 - 16) Patofobi yaitu takut terhadap suatu penyakit.
 - 17) Pirofobi yaitu takut terhadap api.
 - 18) Xitilofobi yaitu takut terhadap penyakit sifilis.
 - 19) Xenofobi yaitu takut terhadap orang asing/orang yang belum dikenalnya.
 - 20) Zoofobi yaitu takut terhadap binatang.
- m. Waham yaitu keyakinan tentang suatu pikiran yang kuat, tidak sesuai dengan kenyataan, tidak cocok dengan intelegensia dan latar belakang budaya, selalu dikemukakan secara berulang-ulang dan berlebihan, biarpun telah dibuktikan kemustahilannya/kesalahannya atau tidak benar secara umum. Jenis waham adalah sebagai berikut :
 - 1) Agama yaitu keyakinan klien yang bertema tentang agama/kepercayaan yang berlebihan.
 - 2) Somatik yaitu keyakinan klien terhadap tubuhnya ada sesuatu yang tidak beres, seperti ususnya busuk, otaknya mencair, perutnya ada kuda.
 - 3) Kebesaran yaitu keyakinan klien terhadap suatu kemampuan, kekuatan, pendidikan, kekayaan atau kekuasaan secara luar biasa, seperti " Saya ini ratu adil, nabi, superman dll ".

- 4) Curiga yaitu keyakinan klien terhadap seseorang/kelompok secara berlebihan yang berusaha merugikan, mencederai, mengganggu, mengancam, memata-matai dan membicarakan kejelekan dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
- 5) Nihilistik yaitu keyakinan klien terhadap dirinya/orang lain sudah meninggal/ dunia sudah hancur dan sesuatunya tidak ada apa-apanya lagi.

Waham bizar, terdiri dari :

- 1) Sisip pikir yaitu keyakinan klien terhadap suatu pikiran orang lain yang disisipkan kedalam pikiran dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengankenyataan.
- 2) Siar pikir yaitu keyakinan klien bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan.
- 3) Kontrol pikir yaitu keyakinan klien bahwa pikiran, emosi dan perbuatannya selaludikontrol/dipengaruhi oleh kekuatan diluar dirinya.

Data pengkajian bentuk pikir di peroleh dari observasi :

- 1) Realistik yaitu cara berpikir sesuai kenyataan/realita yang ada.
- 2) Non realistik yaitu bentuk pemikiran yang sama sekali tidak logis/tidak masuk akal,sama sekali tidak berdasarkan kenyataan.
- 3) Rasional
- 4) Irrasional
- 5) Dereistik yaitu bentuk pemikiran tidak sesuai dengan kenyataan yang ada atau tidak mengikuti logika secara umum (tak ada sangkut pautnya antara proses mental individu dan pengalaman yang sedang terjadi).
- 6) Otistik yaitu bentuk pemikiran yang berupa fantasi atau lamunan untuk memuaskan keinginan yang tidak dapat dicapainya. Hidup dalam pikirannya sendiri, hanya memuaskan keinginannya tanpa peduli sekitarnya, menandakan ada distorsi arus asosiasi dalam diri klien yang dimanifestasikan dengan lamunan, fantasi, waham dan halusinasi yang cenderung menyenangkan dirinya.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

8. Tingkat Kesadaran

Tingkat Kesadaran adalah kemampuan individu melakukan hubungan dengan lingkungan dan dirinya (melalui pancaindera), mengadakan pembatasan terhadap lingkungan/dirinya (melalui perhatian), kesadaran yang baik biasanya dimanifestasikan dengan orientasi yang baik dalam hal waktu, tempat, orang dan lingkungan sekitarnya.

Jelaskan apakah klien mengalami gangguan kesadaran secara kuantitas (kesadaran meninggi atau menurun) atau secara kualitas (kesadaran berubah). Kesadaran secara fisiologis yang biasanya menurun dari kesadaran penuh / compos mentis, apatis, bingung, sedasi, stupor atau sampai koma. Bagaimana kesadaran menurut ilmu jiwa dan bagaimana orientasi klien terhadap waktu, orang dan tempat/ lingkungan sekitarnya.

Kuantitas/kesadaran menurun ini dapat digambarkan sebagai berikut:

- a. Composmentis : sadarkan diri
- b. Apatis : tidak mengacuhkan terhadap rangsangan/lingkungan sekitarnya, mulai mengantuk.
- c. Somnolensia : jelas sudah mengantuk, diperlukan rangsang yang kuat lagi

untuk menarik perhatian

- d. Sopor : ingatan, orientasi, pertimbangan hilang, hanya berespon terhadap rangsangan yang keras atau cubitan.
- e. Subkoma : tidak ada lagi reaksi terhadap rangsangan yang keras, terjadi gangguan motorik seperti kekakuan, gerakan-gerakan yang berulang dan tidak mengerti semua apa yang terjadi dilingkungannya.
- f. Koma : tidur yang sangat dalam, beberapa reflek hilang seperti pupil, cahaya, muntah dan dapat timbul refleks yang patologis.

Kualitas/kesadaran berubah

- a. Tidak berubah yaitu mampu mengadakan hubungan dan pembatasan denganlingkungannya dan dirinya (sesuai dengan kenyataan)
- b. Berubah yaitu tidak mampu mengadakan hubungan dan pembatasan denganlingkungannya dan dirinya pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan.
- c. Gangguan tidur dapat berupa insomnia, somnambulisme, mimpi buruk (nightmare) dannarkolepsi
- d. Meninggi yaitu keadaan dengan respons yang meninggi terhadap rangsang seperti suara terasa lebih keras, warna terlihat lebih terang dan lain-lain
- e. Hipnosa yaitu kesadaran menurun/menyempit yang sengaja dibuat oleh dirinya atau orang lain melalui sugesti, mirip tidur dan terjadi amnesia (lupa) selama dihipnosa dan hanya menerima rangsangan dari sumber tertentu yang menghipnotisnya.
- f. Disosiasi yaitu kesadaran yang berkabut atau menyempit, dimana sebagian perilaku atau kejadian memisahkan dirinya secara psikologis dari kesadaran dan terjadi amnesia sesudahnya. Contoh : trans, senjakala histerik/histerical twilight state, fugue, serangan histeri.
- g. Disorientasi yaitu gangguan orientasi akibat gangguan kesadaran dan dapat menyangkut Waktu (tidak tahu tentang jam, hari, pekan, bulan, musim, tahun), tempat (tidak tahu dimana ia berada), orang, (tidak tahu tentang dirinya, orang lain, identitasnya, salah menafsirkan identitas orang lain) dan lingkungan/keadaan sekitarnya dimana klien berada saat ini.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

9. Memori (Daya Ingat)

Bagaimana daya ingat klien atau kemampuan mengingat hal-hal yang telah terjadi (jangka panjang/pendek/sesaat) dan apakah ada gangguan pada daya ingat. Gangguan ini dapat terjadi pada salah satu diantara komponen daya ingat yaitu pencatatan/registrasi, penahanan/retensi atau memanggil kembali/recall sesuatu yang terjadi sebelumnya.

Data yang harus dikaji sebagai berikut:

- a. Gangguan daya ingat jangka panjang (memori masa lalu, mengingat kejadian, informasi dan orang dari masa lalu yang lebih dari 1 (satu) bulan, seperti waktu kecil, tempat dilahirkan/sekolah/tanggal lulus sekolah dll.
- b. Gangguan daya ingat jangka pendek (memori yang baru, dari waktu dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam 1 (satu) minggu terakhir sampai 24 jam terakhir).
- c. Gangguan daya ingat saat ini (memori yang sangat baru, tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi, seperti menghitung mundur sederhana).
- d. Amnesia yaitu ketidakmampuan mengingat kembali pengalaman yang telah terjadi baik sebagian atau seluruh/total kejadian. Hal ini dapat terjadi akibat

adanya trauma kepala, gangguan emosi/amnesia histerik, sesudah hipnosa dan trans. *Amnesia Retrograd* yaitu hilangnya daya ingat terhadap pengalaman sebelum kejadian sampai kejadian. *Amnesia anterograd* yaitu hilangnya daya ingat terhadap pengalaman setelah terjadinya suatu peristiwa.

- e. Paramnesia yaitu ingatan yang keliru karena distorsi/gangguan pada proses pemanggilan kembali/recall. Contohnya :
 - 1) De javu yaitu merasa ingat bahwa ia sudah/pernah melihat sesuatu, namun kenyataannya belum pernah sama sekali.
 - 2) Jamais vu yaitu merasa ingat bahwa ia tidak/belum pernah melihat sesuatu, namun kenyataannya pernah melihatnya.
 - 3) Konfabulasi yaitu ingatan yang keliru dan dimanifestasikan dengan pembicaraan yang tidak sesuai kenyataan dengan memasukkan cerita yang tidak benar untuk menutupi gangguan daya ingatnya.
 - 4) Fausse reconnaissance yaitu merasa pasti benar tentang pengenalannya, namun kenyataannya tidak benar sama sekali.
- f. Hiperamnesia yaitu adanya penahanan/retensi dalam ingatan dan pemanggilan kembali/recall terhadap sesuatu yang berlebihan.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

10. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung

Konsentrasi adalah kemampuan klien untuk memperhatikan selama wawancara/ kontrak. Kalkulasi adalah kemampuan klien untuk mengerjakan hitungan baik sederhana maupun yang kompleks. Bagaimana klien berkonsentrasi dan kemampuan dalam berhitung, apakah normal atau ada gangguan seperti mudah beralih, tidak mampu berkonsentrasi, tidak mampu berhitung sederhana atau lainnya

Data gangguan konsentrasi dan berhitung diperoleh melalui wawancara.

- a. Mudah beralih : perhatian/konsentrasi klien mudah berganti dari satu objek ke objek lainnya.
- b. Tidak mampu berkonsentrasi : klien selalu meminta agar pertanyaan sebelumnya diulang, tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan yang baru saja dibicarakan oleh dirinya atau orang lain.
- c. Tidak mampu berhitung sederhana yaitu tidak dapat melakukan penambahan/pengurangan angka-angka atau benda-benda yang nyata, sederhana, banyak, rumit atau kompleks.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

11. Kemampuan Penilaian

Data gangguan kemampuan penilaian dapat diperoleh melalui wawancara sebagai berikut:

- a. Gangguan ringan : dapat mengambil keputusan secara sederhana dengan bantuan orang lain. Contohnya : berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, klien dapat mengambil keputusan.
- b. Gangguan bermakna : tidak mampu mengambil suatu keputusan meskipun secara sederhana dan mendapatkan bantuan orang lain. Contohnya : berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, klien tidak mampu mengambil

keputusan.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

12. Daya Tilik Diri

Daya tilik diri merujuk pada pemahaman klien tentang sifat suatu penyakit/gangguan. Penghayatan ini biasanya mengalami gangguan pada kelainan mental organik, psikosis dan retardasi mental. Bagaimana klien menilai/memandang dirinya secara keseluruhan terhadap dirinya dan lingkungan sekitarnya. Apakah normal atau ada gangguan seperti mengingkari penyakit yang diderita atau menyalahkan hal-hal diluar dirinya. Hal ini dapat dilihat dan disesuaikan dengan konsep dirinya dan tingkat kesadaran yang terjadi saat ini.

Data gangguan daya tilik diri diperoleh melalui wawancara, sebagai berikut :

- a. Mengingkari penyakit yang diderita : dimana klien tidak menyadari gejala gangguan jiwa/penyakitnya, perubahan fisik, emosi dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan dari siapapun.
- b. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya : klien cenderung menyalahkan orang

lain/lingkungan dan ia merasa orang lain/lingkungan diluar dirinya yang menyebabkan ia seperti ini/kondisinya saat ini.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

VIII. KEBUTUHAN PERENCANAAN PULANG

Khusus data-data ini harus dikaji untuk mengetahui masalah yang mungkin akan terjadi/akan dihadapi klien, keluarganya atau masyarakat sekitarnya pada saat klien pulang atau setelah klien pulang dari rumah sakit dan klien berada dirumahnya, ditengah keluarga/masyarakat. Data ini bermanfaat agar dapat sesegera mungkin dapat dibuatkan suatu rencana keperawatan/implementasi keperawatan saat ini atau pada saat klien menjelang pulang. Data dikumpulkan melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, data dari keluarga atau sumber lainnya yang mendukung. Tuliskan data secara singkat dan jelas atau berikan tanda ✓ pada kotak sesuai keadaan yang sebenarnya terjadi.

1. Makan.

- a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka/tidak suka/pantangan) dan cara makan.
- b. Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan.

2. BAB/BAK.

- a. Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK.
 - 1) Pergi, menggunakan dan membersihkan WC.
 - 2) Membersihkan diri dan merapikan pakaian.

3. Mandi

- a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cucirambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot dan rambut).
- b. Observasi kebersihan tubuh dan bau badan.

4. Berpakaian

- a. Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih serta

- mengenakan pakaian dan alas kaki
- b. Observasi penampilan dan dandanan klien
- c. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian
- d. Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien : mengambil, memilih dan mengenakan pakaian.
- 5. Istirahat dan tidur
 - Observasi dan tanyakan :
 - a. Lama dan waktu tidur siang/malam
 - b. Persiapan sebelum tidur seperti : menyikat gigi, cuci kaki, dan berdoa'a.
 - c. Aktivitas sesudah tidur seperti : merapikan tempat tidur, mandi/cuci muka, dan menyikat gigi.
- 6. Penggunaan obat
 - Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang :
 - a. Penggunaan obat : frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian.
 - b. Reaksi obat
- 7. Pemulihan kesehatan
 - Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang :
 - a. Apa, bagaimana klien dan keluarga perawatan lanjut pemberian.
 - b. Siapa saja system pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi, dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya.
- 8. Aktivitas di dalam rumah. Tanyakan kemampuan klien dalam :
 - a. Merencanakan, mengolah, dan menyajikan makanan.
 - b. Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel)
 - c. Mencuci pakaian sendiri.
 - d. Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari.
- e. Aktivitas di luar rumah. Tanyakan kepada klien :
 - a. Belanja untuk keperluan sehari-hari
 - b. Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum.
 - c. Aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah (bayar listrik/telepon/air/kantorpos/bank)

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

IX. MEKANISME KOPING

Mekanisme koping adalah suatu pola untuk menahan ketegangan yang mengancam dirinya (pertahanan diri/maladaptif) atau untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi (mekanisme koping/adaptif). Adanya masalah-masalah yang mengancam pribadi dan kehidupan akan memunculkan reaksi adaptif atau maladaptif, dimana masalah tersebut akan memunculkan kecemasan pada individu. Data didapat melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Beri tanda ✓ pada kotak koping yang dimiliki klien, baik adaptif maupun maladaptif.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN

Apakah klien mempunyai masalah yang berkaitan dengan psikososial dan lingkungan sekitarnya, bila mempunyai sebutkan/jelaskan secara spesifik dan singkat, seperti masalah dengan dukungan kelompok berhubungan dengan

lingkungan, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi, pelayanan kesehatan atau masalah spesifik lainnya. Dan bagaimana pengaruhnya terhadap kehidupan klien.

Masalah yang berkaitan dengan psikososial dan lingkungan dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Masalah berhubungan dengan dukungan sosial, seperti kematian anggota keluarga, kesehatan anggota keluarga, gangguan dalam keluarga (perpisahan, perceraian, pengasingan, pindah rumah, orang tua menikah lagi, penganiayaan fisik/seksual, menelantarkan anak, disiplin tidak adekuat, perselisihan saudara, kelahiran saudara).
2. Masalah berhubungan dengan lingkungan sosial, seperti kematian/kehilangan sahabat, dukungan sosial tidak adekuat, hidup sendiri, kesukaran berbaur/beradaptasi/berakulturasi, penyesuaian terhadap siklus hidup (pensiun)
3. Masalah berhubungan dengan pendidikan, seperti buta aksara, masalah akademik, perselisihan dengan guru/teman, lingkungan sekolah tidak adekuat
4. Masalah berhubungan dengan pekerjaan, seperti menganggur, ancaman kehilangan pekerjaan/PHK, jadwal kerja yang tidak sesuai, kesulitan kondisi pekerjaan, tidak puas bekerja, perubahan pekerjaan, perselisihan dengan atasan/teman kerja.
5. Masalah berhubungan dengan perumahan, seperti gelandangan, rumah tidak adekuat, lingkungan tidak aman, perselisihan dengan tetangga/pemilik rumah
6. Masalah berhubungan dengan ekonomi, seperti sangat miskin, finansial tidakadekuat, dukungan kesejahteraan tidak adekuat.
7. Masalah berhubungan dengan pelayanan kesehatan, seperti pelayanan kesehatan tidak adekuat, transportasinya jauh, tidak mempunyai jaminan/asuransi kesehatan.
8. Masalah berhubungan dengan sistem hukum/kriminal, seperti dipenjara, ditahan, proses pengadilan, korban kekerasan/kriminal.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

XI. PENGETAHUAN

Bagaimana pengetahuan klien/keluarga saat ini tentang penyakit/gangguan jiwa. Sistem pendukung, faktor yang memperberat masalah (presipitasi), mekanisme koping, penyakit fisik, obat-obatan atau lainnya. Apakah perlu diberikan tambahan pengetahuan yang berkaitan dengan spesifiknya masalah tersebut.

Bila dari hasil pengkajian terdapat tanda mayor dari suatu masalah keperawatan, tuliskan masalah keperawatan tersebut sesuai dengan data.

XII. ASPEK MEDIS

Tuliskan diagnosis medis klien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat. Tuliskan obat-obatan klien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka, dan terapi lain.

XIII. DAFTAR MASALAH KEPERAWATAN

Tuliskan semua masalah disertai data pendukung yaitu subjektif dan data objektif.

XIV. DAFTAR DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Rumuskan diagnosis keperawatan.
2. Urutkan diagnosis sesuai dengan prioritas.
3. Pada akhir pengkajian tulis tempat dan tanggal pengkajian serta tanda tangan dan nama jelas.

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan cara menyilang (A/B/C/D/E) !

1. Stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman untuk mengatasinya disebut....
 - a. Alasan masuk
 - b. Faktor penyakit
 - c. Faktor presipitasi
 - d. Faktor Predisposisi
 - e. Faktor psikososial
2. Riwayat trauma termasuk dalam pengkajian....
 - a. Identitas klien
 - b. Alasan masuk
 - c. Faktor presipitasi
 - d. Faktor predisposisi
 - e. Riwayat penyakit keluarga
3. Gangguan konsep diri yang merupakan respon adaptif adalah
 - a. Aktualisasi diri
 - b. Depersonalisasi
 - c. Kekacauan identitas
 - d. Harga diri rendah; kronis
 - e. Harga diri rendah; situasional

4. Data:

1. Wajah tegang
2. Pandangan tajam.
3. Bicara kasar.
4. Mengungkapkan ancaman.

Dari data tersebut, yang merupakan data objektif adalah:

- a. 1, 2 dan 3
 - b. 1 dan 3
 - c. 2 dan 4
 - d. 4
 - e. Semua benar.
5. Gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih dan berduka yang berlebihan dan berkepanjangan adalah
 - a. Supresi
 - b. Mania
 - c. Depresi
 - d. Denial
 - e. Kehilangan

BAB 5

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GANGGUAN PERSEPSI SENSORI : HALUSINASI

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan gangguan persepsi sensori.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan pengertian gangguan persepsi sensori.
2. Menjelaskan penyebab gangguan persepsi sensori.
3. Menjelaskan kondisi klinis terkait persepsi sensori.
4. Menjelaskan jenis-jenis halusinasi.
5. Menjelaskan rentang respons neurobiologis.
6. Menjelaskan proses keperawatan gangguan persepsi sensori.

PENGERTIAN

Gangguan persepsi sensori adalah perubahan persepsi terhadap stimulus baik internal maupun eksternal yang disertai dengan respon yang berkurang, berlebihan atau terdistorsi (SDKI, 2016). Gangguan persepsi sensori yang sering terjadi adalah halusinasi. Halusinasi adalah hilangnya kemampuan manusia dalam membedakan rangsangan internal (pikiran) dan rangsangan eksternal (dunia luar). Klien memberi persepsi atau pendapat tentang lingkungan tanpa ada objek atau rangsangan yang nyata. Sebagai contoh, klien mengatakan mendengar suara padahal tidak ada orang yang berbicara. Menurut Kelliat & Akemat (2007), halusinasi adalah gejala gangguan jiwa berupa respons pancaindera, yaitu penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan dan pengecapan terhadap sumber yang tidak nyata.

PENYEBAB

1. Gangguan penglihatan
2. Gangguan pendengaran
3. Gangguan penghiduan
4. Gangguan perabaan

KONDISI KLINIS TERKAIT

1. Delirium
2. Demensia
3. Gangguan psikotik
4. Parkinson
5. Gangguan bipolar

JENIS –JENIS HALUSINASI

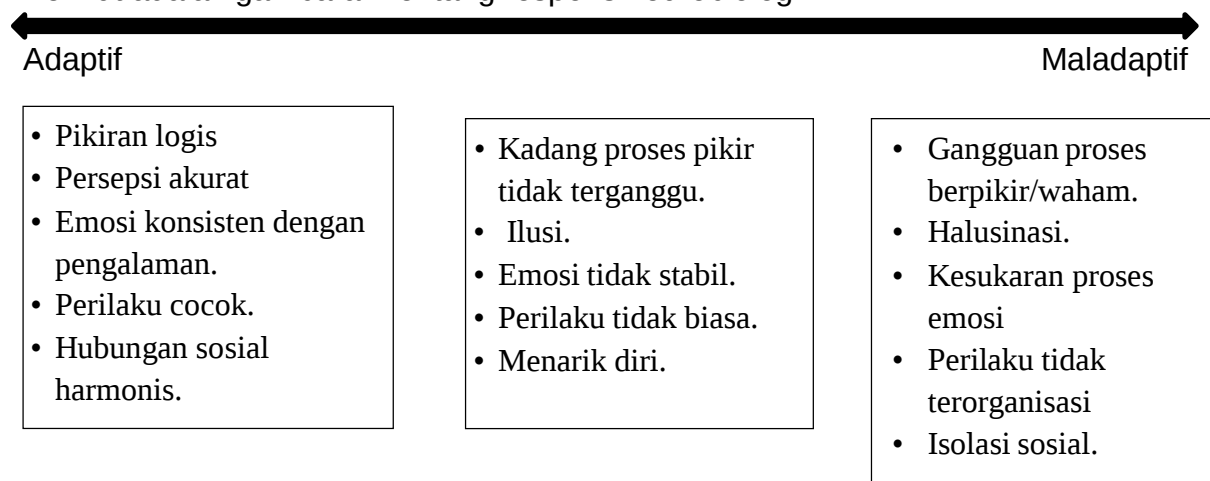
1. Halusinasi pendengaran yaitu mendengarkan suara atau kebisingan yang kurang jelas ataupun jelas, dimana terkadang suara-suara tersebut seperti mengajak berbicara klien dan kadang memerintah klien untuk melakukan sesuatu.
2. Halusinasi penglihatan yaitu stimulus visual dalam bentuk kilatan atau cahaya, gambar atau bayangan yang rumit dan kompleks. Bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan.
3. Halusinasi penghidu yaitu klien merasa membau bau-bauan tertentu seperti bau darah, urine, feses, parfum atau bau yang lain. Biasanya sering terjadi pada seseorang pasca serangan stroke, kejang atau demensia.
4. Halusinasi pengecapan yaitu klien merasa mengecap rasa seperti darah, urine, feses, atau yang lainnya.
5. Halusinasi perabaan yaitu klien merasa mengalami nyeri, rasa tertetrum atau ketidaknyamanan tanpa stimulus yang jelas.

RENTANG RESPONS NEUROBIOLOGI

Halusinasi merupakan gangguan dari persepsi sensori, waham merupakan gangguan pada isi pikiran. Keduanya merupakan gangguan dari respons neurobiologi. Oleh karenanya secara keseluruhan, rentang respons halusinasi mengikuti kaidah rentang respons neurobiologi.

Rentang respons neurobiologi yang paling adaptif adalah adanya pikiran logis dan terciptanya hubungan sosial yang harmonis. Rentang respons yang paling maladaptif adalah adanya waham, halusinasi, termasuk isolasi sosial menarik diri.

Berikut adalah gambaran rentang respons neurobiologi.



Gambar 5.1 Rentang Respons Neurologi

PROSES KEPERAWATAN

Pengkajian

Menurut SDKI 2016, gejala dan tanda mayor-minor gangguan persepsi sensori antara lain :Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. Mendengar suara bisikan atau melihat bayangan
2. Merasakan sesuatu melalui indera perabaan, penciuman, pendengaran atau pengecapan

Objektif

1. Distorsi sensori
2. Respons tidak sesuai
3. Bersikap seolah melihat, mendengar, mengecap, meraba atau mencium sesuatu

Gejala dan tanda minor

Subjektif

1. Menyatakan kesal

Objektif

1. Menyendiri
2. Melamun
3. Konsentrasi buruk
4. Disorientasi waktu, tempat, orang atau situasi
5. Curiga
6. Melihat ke satu arah
7. Mondar-mandir
8. Bicara sendiri

Diagnosis Keperawatan

Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan :

1. Gangguan penglihatan
2. Gangguan pendengaran
3. Gangguan penghiduan
4. Gangguan perabaan

Rencana Keperawatan Gangguan persepsi sensori

Tabel 5.1

Intervensi pada Diagnosis Keperawatan dengan Gangguan Persepsi Sensori

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan pendengaran dibuktikan dengan pasien mengatakan mendengar suara bisikan, merasakan sesuatu melalui indera pendengaran,	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... pertemuan, persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : (1) Verbalisasi mendengar bisikanmenurun (2) Perilaku halusinasi menurun (3) Mondar mandir menurun (4) Respons sesuai stimulusmeningkat (5) Orientasi meningkat	Intervensi Manajemen <i>Observasi</i> (1) Monitor perilaku yang mengidentifikasi halusinasi kemampuan melakukan interaksi dengan orang lain (2) Monitor dan sesuaikan tingkat aktivitas dan stimulasi lingkungan (3) Monitor isi halusinasi (mis. kekerasan atau membahayakan diri) Terapeutik (4) Pertahankan lingkungan yang aman (5) Lakukan tindakan keselamatan

	bersikap seolah mendengar, respons tidaksesuai, mondar -mandir		ketika tidak dapat mengontrol perilaku (mis. limit setting, pembatasan wilayah, pengekangan fisik, seklusi) (6) Diskusikan perasaan dan respons terhadap halusinasi (7) Hindari perdebatan tentang validitashalusinasi <i>Edukasi</i> (8) Anjurkan memonitor sendiri situasi terjadinya halusinasi (9) Anjurkan bicara pada orang yang dipercaya untuk memberi dukungan dan umpan balik korektif terhadap halusinasi (10) Anjurkan melakukan distraksi (mis. mendengarkan musik, melakukan aktivitas dan teknik relaksasi) (11) Ajarkan pasien dan keluarga caramengontrol halusinasi <i>Kolaborasi</i> (12) Kolaborasi pemberian obat antipsikotik dan antiansietas, jika perlu Minimalisasi Rangsangan <i>Observasi</i> (1) Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan) <i>Terapeutik</i> (2) Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang) (3) Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas) (4) Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat
--	---	--	---

			(5) Kombinasi prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan <i>Edukasi</i> (6) Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi
--	--	--	--

			kebisingan, membatasi kunjungan) <i>Kolaborasi</i> (7) Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan (8) Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus Pengekangan Kimiawi <i>Observasi</i> (1) Identifikasi kebutuhan untuk dilakukan pengekangan (mis. agitasi, kekerasan) (2) Monitor riwayat pengobatan dan alergi (3) Monitor respon sebelum dan sesudah pengekangan (4) Monitor tingkat kesadaran, tanda- tanda vital, warna kulit, suhu, sensasi dan kondisi secara berkala (5) Monitor kebutuhan nutrisi, cairan dan eliminasi <i>Terapeutik</i> (6) Lakukan supervisi dan surveilensi dalam memonitor tindakan (7) Beri posisi nyaman untuk mencegah aspirasi dan kerusakan kulit (8) Ubah posisi tubuh secara periodik (9) Libatkan pasien dan/atau keluarga dalam membuat keputusan <i>Edukasi</i> (10) Jelaskan tujuan dan prosedur pengekangan (11) Latih rentang gerak sendi sesuai kondisi pasien <i>Kolaborasi</i> (12) Kolaborasi pemberian agen psikotropika untuk pengekangan kimiawi
--	--	--	--

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan caramenyilang (A/B/C/D/E) !

1. Seorang laki – laki berumur 25 tahun dirawat di Rumah Sakit Jiwa dengan halusinasi pendengaran. Ketika berkomunikasi mengatakan “ini loh pak saya sedang mendengar suara yang menyuruh saya membunuh orang”.
Bagaimanakah respon perawat yang tepat untuk kasus diatas ?
 - a. “Saya percaya apa yang bapak dengar, namun saya tidak mendengarnya”
 - b. “Saya paham yang bapak alami, tapi sulit bagi saya untuk percaya”
 - c. “Apa yang bapak lakukan saat adasuara itu?”
 - d. “Baiklah pak, coba perhatikan saya”
 - e. “Kapan suara-suara itu muncul?”
2. Seorang laki-laki berumur 30 tahun sedang di rawat di Rumah Sakit Jiwa, hasil pengkajiandidapatkan pasien nampak berbicara sendiri dan terkadang senyum-senyum sendiri. Ketika ditanya dia mengatakan sedang berbicara dengan seseorang.
Apakah gangguan yang dialami pasien tersebut ?
 - a. Ilusi
 - b. Euphoria
 - c. Logorhea
 - d. Paranoid
 - e. Halusinasi
3. Seorang laki-laki berumur 45 tahun di rawat di Rumah Sakit Jiwa. Saat dikaji pasien mengatakan sering mendengar suara-suara yang menyuruhnya untuk bunuh diri. Pasien terlihat tertawa sendiri, terkadang marah-marah tanpa sebab serta menyendiri.
Apakah masalah keperawatan prioritas pada kasus tersebut ?
 - a. Isolasi sosial
 - b. Harga diri rendah
 - c. Koping tidak efektif
 - d. Gangguan persepsi sensori
 - e. Risiko tinggi perilaku kekerasan
4. Seorang laki-laki berumur 32 tahun diantar keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa dengan keluhan sering mengamuk, menjadikan barang-barang di rumah beterbangan hingga rusak. Pada saat pengkajian pasien mengeluh ia marah karena ia sering mendengar suara-suara yang tidak tampak menghina dirinya. Pasien sangat kesal dan benci dengan suara itu. Apakah jenis halusinasi yang dialami pasien tersebut ?
 - a. Perabaan
 - b. Penciuman
 - c. Penglihatan
 - d. Pengecapan
 - e. Pendengaran
5. Seorang laki-laki berumur 35 tahun di bawa keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa karena sering berbicara sendiri. Hasil pemeriksaan yang didapatkan pasien sering mendengar suara perempuan yang sering mengajak bercakap-cakap dan suara

perempuan tersebut sering menyuruh pasien untuk bunuh diri. Berdasarkan informasi dari keluarga kurang lebih 3 bulan yang lalu pasien batal menikah karena mempelai wanita meninggal karena kecelakaan. Sejak saat itu, pasien tampak loyo serta tidak bersemangat dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Sering bolos kerja, tidak peduli terhadap diri sendiri dan keluarga, serta mudah marah.

Apakah salah satu tanda dan gejala halusinasi pada kasus tersebut?

- | | |
|----------------|-------------------|
| a. Loyo | d. Bicara sendiri |
| b. Bolos kerja | e. Batal menikah |
| c. Mudah marah | |

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu menyusun asuhan keperawatan jiwa pada pasien dengan defisit keperawatan diri.

TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS

Setelah mempelajari pokok bahasan ini, mahasiswa mampu melakukan hal berikut.

1. Menjelaskan pengertian defisit keperawatan diri.
2. Menjelaskan penyebab defisit perawatan diri.
3. Menjelaskan kondisi klinis terkait defisit perawatan diri
4. Menjelaskan lingkup defisit keperawatan diri.
5. Menjelaskan proses terjadinya defisit perawatan diri pada pasien gangguan jiwa.
6. Menjelaskan proses keperawatan defisit perawatan diri.

PENGERTIAN

Defisit perawatan diri adalah sikap tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri. (SDKI, 2016). Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, menyisir rambut, pakaiannya kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi. Defisit perawatan diri merupakan salah satu masalah yang timbul pada pasien gangguan jiwa. Pasien gangguan jiwa kronis sering mengalami ketidakpedulian merawat diri. Keadaan ini merupakan gejala perilaku negatif dan menyebabkan pasien dikucilkan baik dalam keluarga maupun masyarakat.

PENYEBAB

1. Gangguan muskuloskeletal
2. Gangguan neuromuskuler
3. Kelemahan
4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
5. Penurunan motivasi/minat
6. Kendala lingkungan

KONDISI KLINIS TERKAIT

1. Demensia
2. Delirium
3. Psikotik
4. Skizofrenia

5. Depresi
6. Gangguan persepsi
7. Gangguan muskuloskeletal

LINGKUP DEFISIT PERAWATAN DIRI

1. Kebersihan diri
Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.
2. Berpakaian
Ketidakmampuan dalam mengenakan atau melepas pakaian secara mandiri.
3. Berdandan atau berhias
Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.
4. Makan
Mengalami kesulitan dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.
5. *Toileting*
Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan.

PROSES TERJADINYA DEFISIT PERAWATAN DIRI PADA PASIEN GANGGUAN JIWA

Kurangnya perawatan diri pada pasien dengan gangguan jiwa terjadi akibat adanya perubahan proses pikir sehingga kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. Kurang perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri, berpakaian secara mandiri, makan secara mandiri, berhias diri secara mandiri, dan *toileting* (uang air besar [BAB] atau uang air kecil [BAK]) secara mandiri.

PROSES KEPERAWATAN

Pengkajian

Menurut SDKI 2016; Keliat 2019, gejala dan tanda mayor-minor defisit perawatan diri antarlain :

Gejala dan tanda mayor

Subjektif

1. Menolak melakukan perawatan diri : kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi
2. Menyampaikan ketidakinginan melakukan perawatan diri : kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi
3. Menyatakan tidak tahu cara perawatan diri: kebersihan diri, berpakaian, makan dan minum, dan eliminasi

Objektif

1. Kulit, rambut, gigi, kuku kotor
2. Pakaian kotor, tidak rapi dan tidak tepat

3. Makan dan minum tidak beraturan
4. BAB dan BAK tidak pada tempatnya
5. Lingkungan tempat tinggal kotor dan tidak rapi
6. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/melepas pakaian/makan/ketoilet/berhias secaramandiri
7. Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan tanda minor

Subjektif

Tidak

tersedia

Objektif

1. Ketidakmampuan menyiapkan perlengkapan mandi

Diagnosis Keperawatan

Defisit perawatan diri berhubungan dengan :

1. Gangguan muskuloskeletal
2. Gangguan neuromuskuler
3. Kelemahan
4. Gangguan psikologis dan/atau psikotik
5. Penurunan motivasi/minat
6. Kendala lingkungan

Rencana

Keperawatan Defisit

perawatan diri

Tabel 6.1
Intervensi pada Diagnosis Keperawatan dengan Defisit Perawatan Diri

No	Diagnosis Keperawatan	Luaran SLKI	Perencanaan Keperawatan SIKI
1	2	3	4
1	Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan minat dibuktikan dengan pasien menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi secara mandiri, tidak mampu berpakaian secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama ... pertemuan, perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : (1) Kemampuan mandi meningkat (2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat (3) Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat (4) Minat melakukan perawatan diri meningkat	Intervensi Utama: Dukungan Perawatan Diri <i>Observasi</i> (1) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia (2) Monitor tingkat kemandirian (3) Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan <i>Terapeutik</i> (4) Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. suasana hangat, rileks dan privasi) (5) Siapkan keperluan pribadi (mis. parfum, sikat gigi dan sabun mandi) (6) Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri (7) Fasilitasi untuk menerima keadaan Ketergantungan

		(8) Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri (9) Jadwalkan rutinitas perawatan diri <i>Edukasi</i> (10) Anjurkan melakukan perawatandiri secara konsisten sesuai kemampuan Dukungan Perawatan Diri : BAB/BAK <i>Observasi</i> (1) Identifikasi kebiasaan BAK/BAB sesuai usia (2) Monitor integritas kulit pasien <i>Terapeutik</i> (3) Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi (1) Dukung penggunaan toilet/commode/ pispot/ urinal secara konsisten (2) Jaga privasi selama eliminasi (3) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu (4) Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan (5) Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu (6) Sediakan alat bantu (mis: katetereksterna dan interna) <i>Edukasi</i> (7) Anjurkan BAK/BAB secara rutin (8) Anjurkan ke kamar mandi/ toilet, jika perlu Dukungan Perawatan Diri : Berpakaian <i>Observasi</i> (1) Identifikasi usia dan budaya dalam membantu berpakaian/berhias <i>Terapeutik</i> (2) Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau (3) Sediakan pakaian pribadi, sesuai
--	--	--

			kebutuhan (4) Fasilitasi menggunakan pakaian, jika perlu (5) Fasilitasi berhias (mis. menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) (6) Jaga privasi selama berpakaian (7) Tawarkan untuk laundry, jika perlu (8) Berikan pujian terhadap kemampuan berpakaian secara mandiri <i>Edukasi</i> (9) Informasikan pakaian yang tersedia untuk dipilih, jika perlu (10) Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu Dukungan Perawatan Diri : Makan/Minum <i>Observasi</i> (1) Identifikasi diet yang dianjurkan (2) Monitor kemampuan menelan (3) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu <i>Terapeutik</i> (4) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan (5) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum (6) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu (7) Letakkan makanan di sisi mata yang sehat (8) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan (9) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan (10) Sediakan makanan dan minuman yang disukai (11) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian (12) Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia <i>Edukasi</i> (13) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan
--	--	--	---

			arah jarum jam (mis. sayur di jam 12, rendang di jam 3) <i>Kolaborasi</i> (14) Kolaborasi pemberian obat (mis. analgesik, antiemetik), sesuai indikasi Dukungan Perawatan Diri : Mandi <i>Observasi</i> (1) Identifikasi diet yang dianjurkan (2) Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan (3) Monitor kebersihan tubuh (mis. rambut, mulut, kulit, kuku) (4) Monitor integritas kulit <i>Terapeutik</i> (5) Sediakan peralatan mandi (mis. sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) (6) Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman (7) Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan (8) Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan (9) Pertahankan kebiasaan kebersihan diri (10) Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <i>Edukasi</i> (11) Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan (12) Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu
--	--	--	--

Latihan soal

Petunjuk : Jawablah pertanyaan berikut dengan memilih salah satu jawaban paling benar dengan caramenyilang (A/B/C/D/E) !

1. Seorang laki-laki berumur 45 tahun, sudah satu minggu di rawat di bangsal psikiatri Rumah Sakit Jiwa. Saat dilakukan pengkajian, pasien tampak pucat, menolak berinteraksi, berpakaian lusuh, dan tercium bau tidak sedap. Saat ditanya apakah sudah mandi, pasien menggeleng dan menolak untuk dimandikan, Pasien berkata, "Buat apa mandi".
Apakah data objektif dari kasus tersebut ?
 - a. Pasien laki-laki
 - b. Buat apa mandi
 - c. Berpakaian lusuh
 - d. Sudah satu minggu
 - e. Di rawat di bangsal psikiatri
2. Seorang laki-laki berumur 50 tahun, sudah satu minggu di rawat di Rumah Sakit Jiwa. Hasil pengkajian rambut acak-acakan, pakaian kotor, tidak rapi, pada saat makan nasinya berceceran, dan makan tidak pada tempatnya.
Apakah masalah keperawatan dari kasus tersebut ?
 - a. Depresi
 - b. Isolasi sosial
 - c. Harga diri rendah
 - d. Resiko kekerasan
 - e. Defisit perawatan diri
3. Seorang perempuan berumur 26 tahun, di bawa keluarganya ke poliklinik jiwa karena sudah satu minggu tidak mau mandi, badan kotor dan bau, tidak mau makan dan bila makan berantakan. BAB dan BAK sembarangan.
Apakah rencana tindakan terapeutik pada intervensi utama dukungan perawatan diri yang dapat dilakukan pada pasien tersebut ?
 - a. Monitor tingkat kemandian
 - b. Identifikasi kebiasaan aktivitas
 - c. perawatan diri sesuai usia
 - d. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
 - e. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
4. Seorang laki-laki berumur 20 tahun di bawa ke Rumah Sakit Jiwa karena sudah 6 hari mengurung diri dan tidak mau beraktivitas. Hasil observasi : penampilan pasien berantakan, tercium bau pesing, bau mulut dan gigi kotor. Hasil pengkajian : pasien mengatakan "Saya malas melakukan kegiatan apapun!"
Apakah rencana tindakan terapeutik pada intervensi utama dukungan perawatan diri yang dapat dilakukan pada pasien tersebut ?
 - a. Monitor tingkat kemandian
 - b. Identifikasi kebiasaan aktivitas
 - c. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
 - d. Ajarkan mengenakan pakaian, jika perlu
 - e. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan
5. Seorang perempuan berumur 25 tahun di bawa ke Rumah Sakit Jiwa karena sejak 1 minggu pasien BAK sembarangan, tercium bau pesing dan celana tidak mau diganti. Apakah lingkup defisit perawatan diri pasien tersebut ?
 - a. Makan
 - b. Berpakaian
 - c. Berdandan
 - d. Toileting
 - e. Kebersihan diri

DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L. J. (2013). *Nursing Diagnosis : Application to Clinical Practice*. 14th Ed. Philadelphia : Wolter Kluwer – Lippincott Williams & Wilkins
- Carr, A. (2001). *Family Therapy; Concepts, Process, and Practice*. New York: John Wiley & Sons. LTD.
- Creek, J. (1997). *Occupational Therapy and Mental Health*. London: Churcil Living Stone.
- Depkes RI Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik. (1998). *Pedoman dan Juknis Home Visit*. Tidak dipublikasikan.
- Depkes RI, Direktorat Kesehatan Jiwa. (1996). *Pedoman Perawatan Psikiatri*. Jakarta.
- Depkes RI, Direktorat Kesehatan Jiwa. (1998). *Buku Standar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Penerapan Standar Asuhan Keperawatan pada Kasus di RSJ dan RS Ketergantungan Obat*. Jakarta.
- Depkes, RI. (2014). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2013*. Jakarta : Depkes
- Fortinash, C.M dan Hollonday, P.A. (1995). *Psychiatric Nursing Plan*. St. Louis : Mosby Year Book
- Gladding, S.T. (2002). *Family Therapy; Hystory, Theory, and Practice (3rd Edition)*. London: Person Education, Inc.
- Glanz, K., Rimer, B., dan Viswanath K. (2008). *Health Behavior and Health Education; Theory, Research, and Practice 4th Edition*. AS: Jossey-Bass.
- Hamid, A.Y. (2008). *Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Herdman, T.H., & Kamitsuru, S.ed. (2017). Keliat, B.A., Mediani, H.S., & Tahlil, T. Alih Bahasa (2017). *NANDA-I Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. Jakarta : EGC.
- Kaplan dan Sadock. (1997). *Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Psikiatri Klinis*. Jilid 1. Jakarta: Bina Rupa Aksara.
- Keliat, B.A., dan Akemat. (2004). *Terapi Aktivitas Kelompok*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., dan Akemat. (2007a). *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., Akemat, Helena, N.C.D., dan Nurhaeni, H. (2007). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Courese)*. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A., Herawati N., Panjaitan R.U., dan Helena N. (1999). *Proses Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Kusumawati, Farida.dkk. (2011). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika
- Keliat, B.A., et all. (2019). *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC
- Lab/UPF Kedokteran Jiwa. (1994). *Pedoman Diagnosis dan Terapi*. RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
- Maramis, W.F. (1991). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya : Airlangga University Press
- Maramis, W.F. (2006). *Mengurangi Risiko Gangguan Jiwa*. <http://www.suarakarya-online.com/news.html.id=157830> diakses tanggal 12 Nopember 2019 pukul 16.50 WIB
- Maramis, W.F. (2009). *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi 2. Surabaya : Airlangga University Press
- Maslim, Rusdi. (2004). *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III)*. Jakarta: FK Jiwa Unika Atmajaya.
- Na'imah, Shylma. (2020). *Psikosis*. <https://helo sehat.com/kesehatan/penyakit/psikosis- adalah/> diakses tanggal 12 Nopember 2019 pukul 16.40 WIB

- Notosoedirjo, M. Latipun. (2001). *Kesehatan Mental; Konsep dan Penerapan*. Malang: UMM Press.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Cetakan II. Jakarta : DPP PPNI
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Edisi 1. Cetakan II. Jakarta : DPP PPNI
- Potter & Perry. (2013). *Fundamentals of Nursing*. 8th Ed. St. Louis, Missouri : MosbyElsevier
- Reed, K.L. (2001). *Quick Reference to Occupational Therapy, 2nd Ed*. Frederick, Mayland: Aspen Publisher.
- Setyonegoro, K. (1983). *Pedoman Rehabilitasi Pasien Mental di Indonesia*. Jakarta :Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI.
- Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. (2005). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7thedition). St. Louise: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W. dan Laraia, M.T. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. (7thedition). St. Louise: Mosby Year Book.
- Stuart, G.W.(2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Edisi 5. Jakarta : EGC.
- Stuart, G. W. dan Sundeen, S. J. (2002). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W. T., Keliat B.A., Parasibu J. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. Edisi Indonesia 10. Elsevier : Mosby
- Suliswati, dkk. (2004). *Konsep Dasar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Suseno, Tutu April A. (2005). *Buku Ajar Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia : Kehilangan, Kematian dan Berduka dan Proses Keperawatan*. Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Townsend, M.C. (1995). *Buku Saku : Diagnosis Keperawatan pada Keperawatan Psikiatri: Pedoman untuk Pembuatan Rencana Keperawatan*.
- Townsend, M.C. (1996). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care. 2th Edition*. Philadelphia: Davis Company.
- Varcarolis. (2006). *Fundamentalis of Psychiatric Nursing Edisi 5*. St. Louis : Elsevier.
- World Health Organization. (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva : WHO.
- World Health Organization. (2008). *Investing in Mental Health*. Geneva : WHO.
- Yusuf, Ah., et all (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta : Salemba Medika.



Satrio Kusumo Lelono
Sri Redjeki
Tisna Yanti
Nining Fitrianingsih
Fajar Adhie Sulistyio
Rani Devayanti

BUKU AJAR ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PADA PASIEN HALUSINASI

Jiwa adalah unsur manusia yang bersifat nonmateri, serta tidak berbentuk objek benda. Oleh karena itu, pada tahap awal mahasiswa sering mengalami kesulitan dalam mempelajari ilmu jiwa dan keperawatan jiwa.

Buku Ajar ini diharapkan dapat membantu mahasiswa mengenali dan mempelajari manifestasi jiwa, sehingga dapat dengan mudah mengamati tanda dan gejala gangguan jiwa. Dengan demikian, mahasiswa dapat merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan terhadap berbagai masalah keperawatan yang timbul.

Buku ajar ini dikembangkan dari berbagai buku teks seperti tercantum pada daftar pustaka, ditambah dengan berbagai hasil penelitian, karya ilmiah baik yang dipublikasikan maupun tidak.

Semoga buku ajar ini bermanfaat, khususnya dalam mempelajari keperawatan kesehatan jiwa.

ISBN 978-602-5982-92-7



PENERBIT STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR